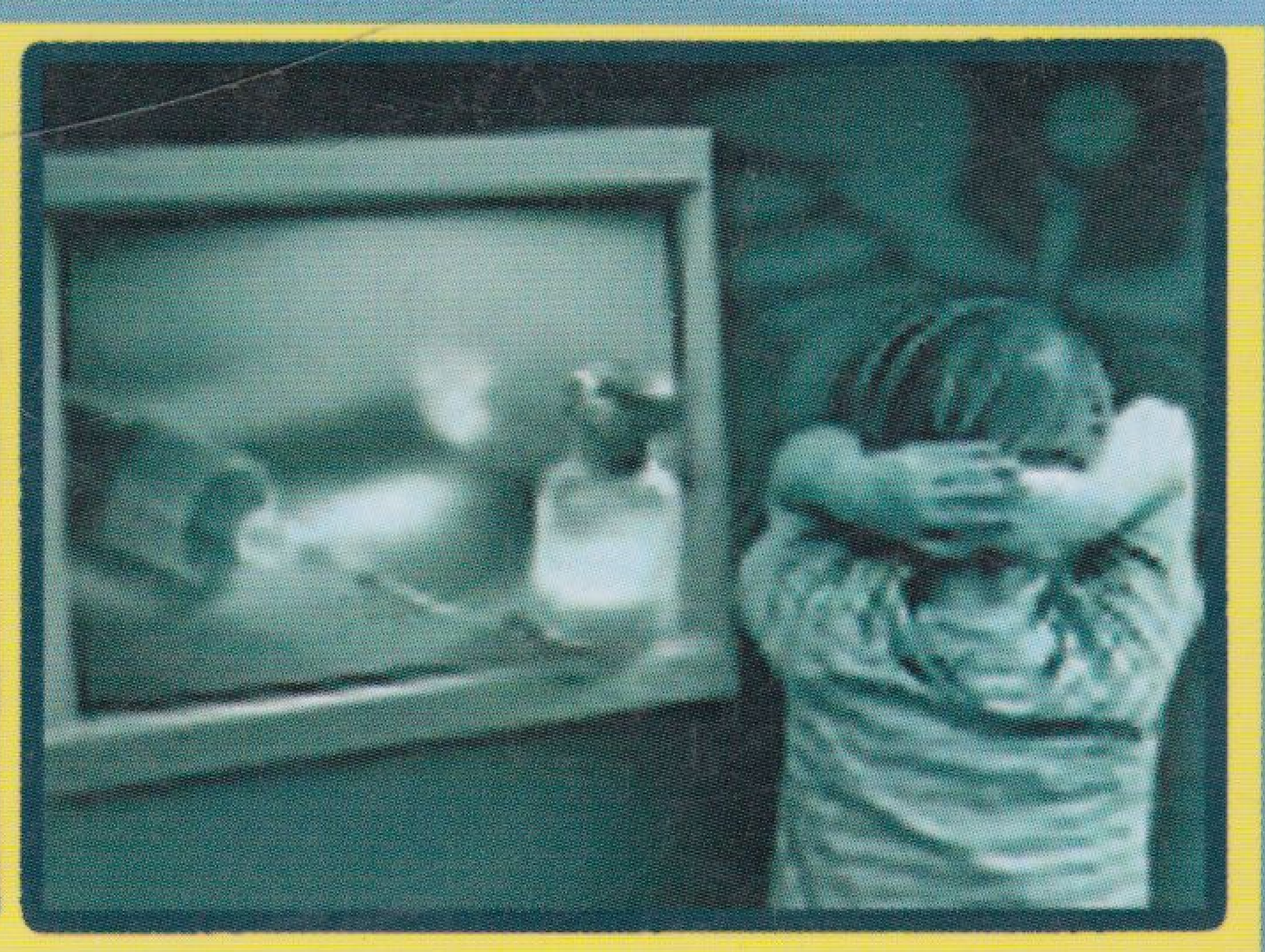
إشكالية الأضطرابات النفسية

الأضطراب التوحدى

مفهومه - تشخيصه - علاجه
وكيفية التعامل معه





دكتور

نبيه إبراهيم إسماعيل

أستاذ الصحة النفسية

كلية التربية - جامعة المنوفية

مركز الاسكندرية للكتاب

٤٦ ش الدكتور مصطفى مشرفة

الأزاريطة ت ٤٨٤٦٥٠٨

إشكالية الاضطرابات النفسية

الاضطراب التوحدى

مفهومه وتشخيصه وعلاجه

وكيفية التعامل معه

إشكالية الاضطرابات النفسية

الاضطراب التوحدى
مفهومه وتشخيصه وعلاجه
وكيفية التعامل معه

دكتور

نبيه إبراهيم إسماعيل

أستاذ الصحة النفسية

كلية التربية – جامعة المنوفية

٢٠٠٩

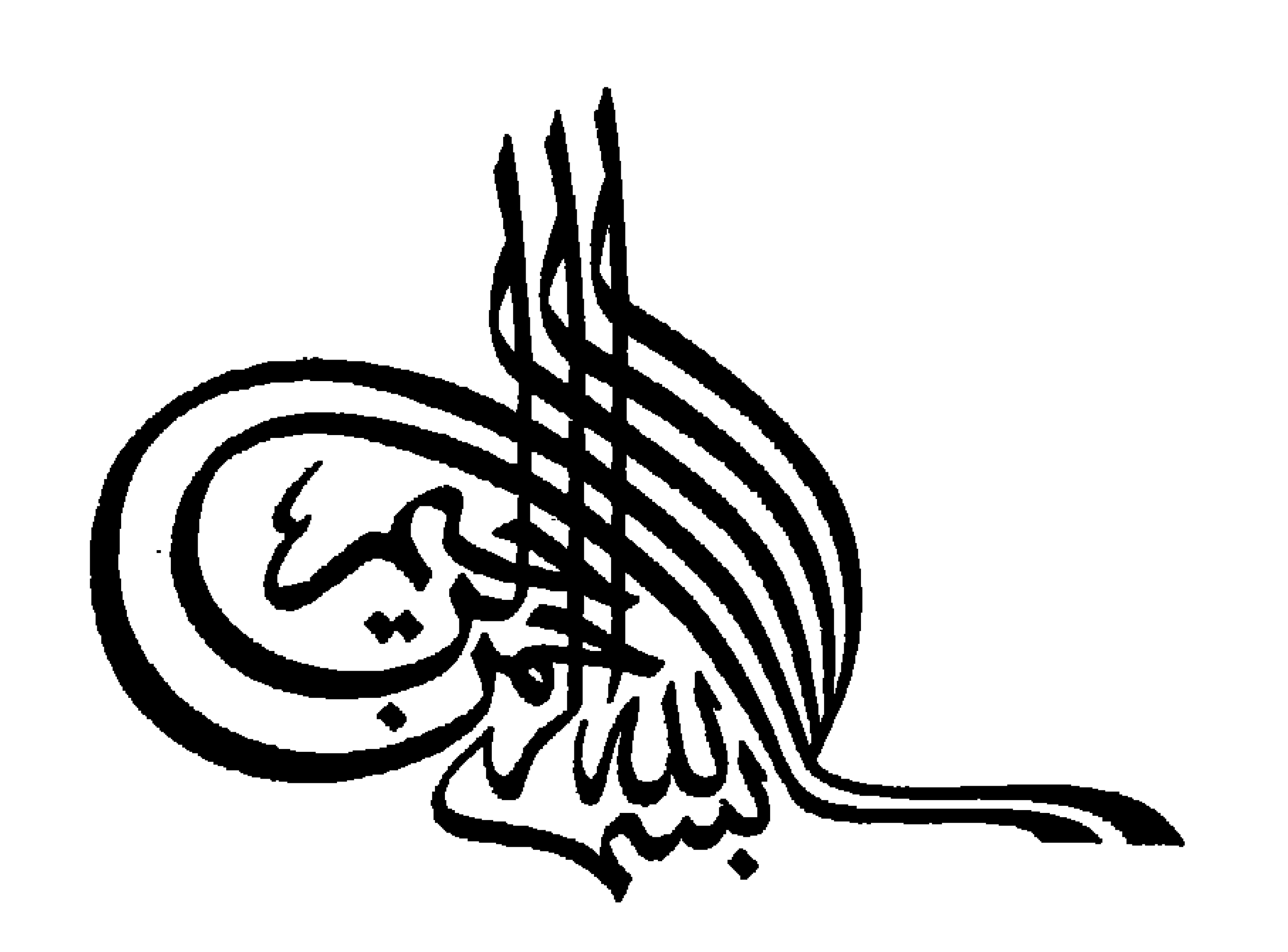
مركز الإسكندرية للكتاب

٤٦ ش د. مصطفى مشرفة – الأزاريطة

ت. ف: ٠٠٢٠٣٤٨٤٦٥٠٨

alexbookcenter@yahoo.com

اسم الكتاب : إشكالية الاضطرابات النفسية
اسم المؤلف: نبيه إبراهيم
اسم الناشر : مركز إسكندرية للكتاب
رقم الإيداع : ٢٠٠٩/٣٢٣٣
الترقيم الدولى I.S.B.N
١٠٤٢١٩


بسم الله الرحمن الرحيم

إهـــــداء

إلـى الـذين مـنحهم الله أحـد مفـاتيح الخيـر والجنـة فضلاً، وعطفاً، وإحساناً من الله سبحانه وتعالى .

إلـى الـذين مـنحهم الله سبحانه وتعـالى العلم والمعرفـة، والخبـرة، والدرايـة، لتربيـة، وتعليم، وتأهيل هؤلاء الأطفـال "التوحديين" لإدخـال الراحـة، والهدوء النفسي عليهم، وعلـى أسرهم.

أقدم هذا العمل المتواضع، لبنة في تنمية الفكر التربوي، والإرشادي الذي يخدم الأطفال التوحديين وأسرهم، أو يهيئ لأفـراد المجتمـع الإنـساني قدراً من تهيئـة منـاخ نفسي أفضل للإسـهام فـي البنـاء والتعمير، والنمو والتطور من أجل حياة أكثر رضـا، ورحابة، وسعادة للجميع.

والله ولي التوفيق،،،،

الفصل الأول
المسميات والمفاهيم والمظاهر

- تقديـــم .
- المفهوم اللغوي للتوحد ومسمياته .
- المفهوم الإصلاحي للتوحد .
- مظاهر اضطرابات التوحد .
  - مظاهر الطفل التوحدى .
  - مظاهر البالغ التوحدى .

الفصل الأول

المسميات والمفاهيم والمظاهر

تقديم

إن القارئ لتقارير ونتائج المختصين في مجال الاضطراب النفسي وفي عملية التشخيص، ودقته، ومحاولات الكشف والتحديد لنوعية الاضطراب، وما توصلوا إليه من معلومات وبيانات، وأعراض ومظاهر كثيرة ومتعددة ومتنوعة جعلتهم يدركون مدى صعوبة التشخيص والتصنيف لحالات هذا الاضطراب ـ الأمر الذي جعلني أطلق عليه إشكالية الاضطراب النفسي ـ مع ما بذل من جهد، وبقدر ما أجرى من الدراسات والبحوث التجريبية، ونتائج حالات العلاج والتعليم لهذه النوعيات. هذا فضلاً عما توصل إليه كثير من العلماء ـ على اختلاف تخصصاتهم العلمية ـ من نتائج يمكن وصفها بأنها أكثر دقة وفائدة في مجال الاضطراب النفسي.

ولهذا فقد بُذل جدهاً كبيراً، ولا يزال يبذل هذا الجهد حتى الآن، بهدف تحديد كل نوع من أنواع هذا الاضطراب؛ محاولة منهم لفصل الحالات عن بعضها عن طريق التدقيق في أعراض ومظاهر كل حالة من حالات الاضطراب النفسي حتى تسهل عملية التشخيص، ويمكن وضع البرامج العلاجية أو التعليمية لكل حالة على حدة وفق درجة شدتها أو مدى ضعفها. بما يساعد على إعطاء أمل كبير في تحسين الحالة، ونموها، والكشف عن ما لديها من قدرات وإمكانيات بهدف استثمارها أفضل استثمار.

ويركز هذا الكتاب على دراسة الاضطراب التوحدي كأحد أنواع الاضطراب النفسي لانتشاره بكثرة في كثير من بلدان العالم، وفي بعض الأسر ـ بصرف النظر ـ عن مستوياتها الثقافية، والعلمية، والاقتصادية، والاجتماعية، ونوعية الجنس، والعرق، والديانة. وتشير التقارير إلى أن انتشار هذه الحالة تكلف الأسرة، والمجتمع، والدولة كثيراً من النفقات المالية، وخاصة الدول المتقدمة المهتمة بنوعيات الأطفال المصابين بالاضطراب التوحدي، وتقدم لهم كافة الإمكانيات التي تمكنهم من ممارسة حياتهم، وحياة أسرهم بالشكل الطبيعي، من حيث الاعتناء بالصحة العامة لهم، وتحسين

الظروف الاجتماعية المحيطة بهم، وتهيئة البيئة بما يتناسب وإمكاناتهم العقلية، وما يتمتعون به من قدرات عقلية، ومهارات خاصة. فضلاً عن رصد كماً هائلاً من المال لدراسة وبحث هذه الحالات؛ محاولات للوصول إلى الأسباب الكامنة وراء ظهورها، وكيفية علاجها، والنهوض بها، وتحسين حالتها بوضع البرامج العلاجية، والتعليمية، والتدريبية، والتأهيلية لكل فرد يعاني من هذه الحالة.

ومن المعلوم لكل من يهتم بذوي الاضطراب التوحدي أن أول من اكتشف هذه الحالة الطبيب الأمريكي ليوكانر Kanner (١٩٤٣) حيث وجد من خلال الكشف عن عدد من الأطفال المتخلفين عقلياً أن بعضهم يصدرون بعض الأنماط السلوكية تختلف عن غيرها من الأنماط السلوكية التي يصدرها بقية أفراد المجموعة. وأن هؤلاء الأطفال قد صنفوا على أنهم المتخلفين عقلياً. وقد تنبه "كانر" ولفت نظره أن بعض الأطفال يصدرون هذا السلوك المغاير لبقية أفراد المجموعة . حيث تبين أن سلوكهم غير واع بوجود من حولهم من الناس، وأنهم غير قادرين على استخدام الألفاظ اللغوية في التواصل مع الآخرين، وأنهم منعزلون انعزالاً كاملاً عن غيرهم، وأنهم متقوقعين حول ذواتهم، وبعدهم عن واقعهم المحيط بهم، وعدم استجاباتهم لغالبية المثيرات المحيطة بهم. الأمر الذي جعلهم غير قادرين على إنشاء علاقات اجتماعية مع غيرهم من الأطفال أو من يتواجدون معهم.

ولهذا كان اهتمام الباحثين بدراسة الأطفال ذوى الاضطراب التوحدي. حيث بدأوا بالدراسات الوصفية بناء على الملاحظات الأولية لمختلف الحالات التي درسوها. وقد بدأت هذه الدراسات في أواخر الخمسينيات؛ بهدف وصف، وتحديد الأنماط السلوكية لهم. وقد تبين من بيانات ونتائج هذه الدراسات أن الطفل التوحدي لا يمكن وضعه ضمن أطفال الذهان المبكر، وأنه لا يوجد تجانس تام بين المجموعات موضع الاهتمام بالدراسة في كل من المستوى العقلي، والعمر الزمني، ومختلف الأساليب التي استخدمت في التشخيص. وفي مقدمة الذين اهتموا، وقاموا بهذه الدراسات ليوكانر .Kanner, L (١٩٥٣)؛ وهانز اسبرجر .Asperger, H (١٩٥٣)، وليون أيزنبر .Eisenber, L (١٩٥٦)، وقد تبين لكثير من الباحثين اللاحقين لهؤلاء في هذا المجال أن كل ما توصل إليه رواد البحث في حالات الاضطراب التوحدي من نتائج كانت عبارة عن تقارير مبدئية لدراسة هذه الحالة، وأنها لا تعطى تصوراً كلياً دقيقاً لهذه الحالة.

وقد تابع الباحثون دراسة حالة الاضطراب التوحدي لدى الأطفال منذ بداية السبعينيات بدراسات أكثر دقة مما سبق؛ وكان من نتائجهم وضع بعض المعايير التي تسهم بدرجة معقولة ومقبولة لتحديد الطفل التوحدي. وقد بينوا أن من أكثر مؤشرات الطفل التوحدي انخفاض مستوى الذكاء. حيث تراوحت مستويات ذكاء المجموعات التي خضعت للدراسة والبحث بين (٥٥ : ٦٠) من حيث نسبة الذكاء، وأتضح أن لديهم قابلية للتدريب للوصول بهم إلى درجة من التعلم لبعض الأشياء، والمعارف المطلوبة لحياتهم الشخصية.

ولما تبين للمشتغلين ، والمهتمين بالاضطراب التوحدي لدى الأطفال مدى خطورته على السواء النفسي للأسرة، والمجتمع على حد سواء؛ وخاصة بعد أن عرف أن هذه الحالة ـ التوحد- تصيب[1] خمسة أطفال لكل (١٠,٠٠٠) حالة ولادة، وأن نسبة إصابة الذكور تصل إلى (٤ : ١) للإناث، وأن هذه الحالة تصيب ـ كما سبق القول ـ كثير من المجتمعات بصرف النظر عن اللون أو العرق أو الطائفة العنصرية أو الخلفية الثقافية، والاجتماعية، وأنه لم يظهر حتى الآن أسباب بيئية أو نفسية تسبب هذه الإعاقة. وإن كان بعض الباحثين يرجع أسبابها إلى أسباب عضوية في المخ والجهاز العصبي المركزي .

وبناء على هذا فقد سعى عدد من الباحثين في دول كثيرة إلى تحديد حجم الاضطراب التوحدي لمعرفة مداه وانتشاره في مجتمعاتهم؛ فقد اتضح أن نسبة حالات الأطفال التوحديين في الولايات المتحدة الأمريكية* تصل إلى (٤ أو ٥) حالة لكل (١٠,٠٠٠) طفل ممن تقل أعمارهم عن خمس عشرة سنة. بينما تزداد هذه النسبة في المملكة المتحدة لتتراوح ما بين (٢٠ : ٣٠) حالة لكل (١٠,٠٠٠) طفل.

كما أشارت الدراسات[2] التي أجريت في كل من قارتي أفريقيا وأسيا، وفي كل من دولتي السويد والدنمارك إلى أن نسبة انتشار حالة الاضطراب التوحدي تتراوح ما بين (٢ : ٤) أطفال لكل (١٠,٠٠٠) طفل تتراوح أعمارهم ما بين (١٢ : ١٥) سنة.

---

[1] عثمان فراج (١٩٩٦، ١٢ : ١٣)

* وفق محك "كانر"

[2] لويس مليكة (١٩٩٨).

بينما وجد "كاندال Kendall (٢٠٠٠) أن نسبة انتشار حالة التوحد في اليابان تعد أعلى من غيرها في الدول الأخرى؛ حيث تتراوح ما بين (٠,١٣% : ٠,١٦%).

ويرى هيربرت Herbert (١٩٩٨) أن نسبة انتشار حالة الاضطراب التوحدي لدى الأطفال تتوقف على تحديد مفهومه. والمحك الذي استخدمه في الكشف عنه. ويذكر أن نسبة انتشار هذه الحالة تتراوح ما بين (٤ : ١٣ أو ١٨) لكل (١٠,٠٠٠) من عدد السكان. ويذكر ريملاند Rimland (١٩٦٤) و إريكسون Erickson (١٩٩٨) أن انتشار حالة التوحد – وفق نموذج "كانر" – هو (٥) لكل (١٠,٠٠٠) .

ويشير عثمان فراج (١٩٩٦) إلى أن انتشار حالة الاضطراب التوحدي قد تصل إلى ما بين (١٠٠٠٠٠ : ٢٠٠٠٠٠) ألف مواطن في مصر. ويرى عادل محمد (٢٠٠٢) وأن الصين تعد أقل الدول في انتشار هذه الحالة؛ حيث بلغت النسبة (٠,٠٠٤).

ومع وجود هذه المعلومات والبيانات والنسب عن مدى انتشار حالة الاضطراب التوحدي في كثير من مختلف دول العالم إلا أنه مازال أمر موضوعه غير معلوم لدى كثير من الناس، أو بعض المجتمعات لقلة معرفة هذه الدول ومجتمعاتها عن أعراضها ومظاهرها التي يمكن أن تفيد في الكشف عن هذه الحالة؛ حيث إن معظم ما كتب في هذا الموضوع في بداية الأربعينيات كان باللغة الأجنبية، وأن ما ترجم من هذه الكتب ليس منتشراً، وفي الوقت نفسه غير كاف لإعطاء مزيد من المعلومات الواضحة عن حالة التوحد في المجتمع العربي.

ولهذه الأسباب كان الدافع لكتابة هذا الموضوع الذي يتضمن سبعة فصول؛ الأول تحت عنوان (المسميات والمفاهيم والمظاهر) ويضم معلومات عن المفهوم اللغوي والمفهوم الإصلاحي للتوحد، والأسماء التي أطلقت على الاضطراب التوحدي، ومظاهره في مرحلتي الطفولة والبلوغ.

والفصل الثاني تحت عنوان (الظروف والأسباب) ويضم معلومات عن الظروف البيئية والاجتماعية للطفل التوحدي،

والأسباب الوراثية، والبيوكيمائية، والغذائية، والأسباب التي تحدث قبل الولادة أو بعدها، والتي تكون نتيجة تفاعل بعض الأسباب ببعضها، ثم الأسباب مجتمعة. بالإضافة إلى المترتبات والمصاحبات للتوحد.

والفصل الثالث تحت عنوان (الخصائص والسمات والميول) ويضم معلومات عن خصائص التوحد العقلية، والتواصل الاجتماعي، والوجدانية الانفعالية، وخصائص السلوك الإدراكي الحركي في مرحلة الطفولة، وخصائص المراهق التوحدي، وينتهي الفصل بعرض موجز لسمات وميول التوحديين.

والفصل الرابع تحت عنوان (التشخيص وأدواته) ويضم صعوبات الكشف عن التوحد، ومحددات تشخيصه لدى العلماء والباحثين؛ الجسمي البيولوجي، والتشخيص الفارق، والتشخيص الإحصائي. وأدوات التشخيص؛ الملاحظة، ودراسة الحالة، والمقابلة، والاختبارات النفسية، ثم قوائم ومقاييس التشخيص، وتضم القوائم العربية، والأجنبية.

والفصل الخامس تحت عنوان (خطوات الإرشاد والعلاج وأنواعه) ويضم خطوات الإرشاد والعلاج، وطرق العلاج وأنواعه، والبرامج العلاجية، ودور كل من الأسرة والمدرسة في إرشاد وعلاج الطفل التوحدي، ثم رؤية أمل النمو والتطور لحالات التوحد.

والفصل السادس تحت عنوان (طرق وأساليب التعليم) ويضم أساسيات إعداد وبناء البرنامج التعليمي، وطرق وأساليب التعليم، وخطوات إرشادية لتعليم التوحديين، ثم معوقات التعامل مع التوحديين.

والفصل السابع بعنوان (الدراسات العربية للتوحد) ويضم بحوث الماجستير، والدكتوراه، ثم البحوث التي أجراها بعض الباحثين بعد حصولهم على الدكتوراه، ثم تعليق عام على ما قدم من هذه البحوث لبيان أهميتها، وقيمتها، والفائدة منها، وما أخذ عليها بشكل عام.

المفهوم اللغوي للتوحد ومسمياته

إن الدارس، والباحث في مجال الاضطراب التوحدي يجد عديداً من المسميات لهذه الحالة؛ وقد سعى الباحثون لإثباتها للدلالة والإشارة إلى الاضطراب التوحدي ومن هذه المسميات ما يلي: التوحد التقليدي Classical Autism ، وتوحد كانر Kanner's Autism ، واضطراب طيف التوحد Autistic spectrum Disorders، اضطرابات نمائية شاملة Pervasive development . وقد وضعت هذه المسميات لحالة الاضطراب التوحدي عندما كان الباحثون في بداية عهدهم بكشفها عندما أعلن "كانر" عن هذه النوعية من الاضطراب، ولم يكن من السهل الفصل بينها وبين غيرها من حالات الاضطراب النفسي.

وجد الباحثون بمزيد من الدراسة والبحث لتحديد أساسيات ومعالم الاضطراب التوحدي مما دعاهم إلى وضع مسميات لهذه الحالة منها: الذاتيوية الطفولية Childhood Autism ، الطفل الذاتوى Autistic child ، والتمركز الذاتى Autism ، والطفل غير النمطى Atypical child ،والطفل الاجترارى Autistic child ، وإعاقة التوحد Autism ، ومنهم من اقتصر على استخدام المسى الأجنبى Autism وحوله إلى ترجمة صوتية "الأوتيسية".

وترجع كلمة Autism أو Autistic الإنجليزية إلى أصل الكلمة الإغريقية Autos والتي تعنى كلمة النفس لتحمل دلالة عدم السواء ، ولهذا تدل كلمة الأوتيسية Autism الإنجليزية على عدم السواء النفسي.

ويعد هذا العرض لمسميات مفهوم الاضطراب التوحدي لدى الأطفال؛ نلاحظ أن ما أستقر عليه الاستخدام من هذه المسميات في وطننا العربي هو كلمة الذاتوية، أو الاجترارية أو التوحدية. ومن أجل هذا سنسعى محاولين بيان أيهم أكثر دقة للتعبير والدلالة على حالة الاضطراب التوحدي من خلال العودة للمعاجم العربية للكشف عن دلالة كل كلمة من هذه الكلمات والانتهاء إلى ترجيح مسمى واحد يطلق للتعبير عن هذه الحالة.

يذكر مجموع اللغة العربية (١٩٨٠، ٢٤٢) أن ذات الشيء: حقيقته وخاصته، ويقال عيب ذاتي: جيلي ، وخلقي، والنفسي ،

والشخصي. وهذا يعني أن كلمة الذات - التي هي أساس كلمة الذاتوية – تشير إلى حقيقة شخصية الفرد، وخاصته؛ أي واقعه، وما يخصه منها، وواقعها وظروفها، وما يترتب عليها من أحوال. ويضاف إلى هذا ما يلحق بها من عيب طبيعي، أو خلقي أو نفسي أو خاص بها دون غيرها من الشخصيات الأخرى.

هذا؛ ويذكر أبو الفضل[1] ابن منظور (١٩٩٤، ١٢٥ : ١٣٣) إجْتَرَّ : من الجِرَّةِ ، وكل ذي كرش يَجْتَرُّ . والجِرَّةُ : ما يخرجه البعير ليمضغه ثم يبلعه. والجرّ جَرَّهُ : الصوت. وتردد هدير الفحل، هو صوت يردده في حنجرته. وهو صوت البعير عند الضجر. وجَرْجَرَ فلان الماء: إذا جَرَعَهُ جَرْعًا متواتراً له صوت. وهذا يعنى أن عملية الاجترار هي إخراج ما هو موجود في باطن الفرد أو الشخصية، ليعيد عملية المضغ مرة ثانية، ثم يدخل ما مضغه مرة أخرى إلى داخله؛ وهذا يفيد أو يشير إلى أن عملية الاجترار عملية ذاتية بحتة لا يتدخل فيها عوامل خارجية أخرى تغير أو تزيد مما هو موجود بالفعل. وأن "الجَرْ جَرْ؛ هو ترديد الصوت داخل الحنجرة؛ أي أن هذه العملية ذاتية المصدر، ولا تخرج عن حدود الحيز المكاني للحنجرة. فضلاً عن أنه صوت يعبر عن الضيق الشديد. وأن جَرْ جَرَ جَرْعا" يعنى تواتر الصوت وتواصله واستمراره.

ويذكر محمد عبد القادر الرازي[2] (١٩٥٤ ، ٩٩) اجتَّر: أي جَرَّه. واجتر البعير من الجِرّة كل ذي كَرش يَجْتَرُّ. وهذا يشير إلى ما سبق وأوضحناه في الفقرة السابقة عن بيان وتوضيح لما ورد عند ابن منظور " من دلالات للإجترار" وهذا يعنى أن عملية الاجترار عملية ذاتية داخلية من واقع الفرد ذاته. وهو في هذا لا يختلف مع ما ذكره "ابن منظور" وإن كان ما ذكر في معجمه أقل بكثير مما ذكر عند "ابن منظور" .

وعند النظر فيما ذكره مجمع اللغة العربية[3] (١٩٨٠ ، ١٠٠) اجتَر البعير: أخرج جِرَّتَهُ، وهو ما يخرجه البعير من بطنه ليمضغه ثم يبلعه، وهَلَمَّ جَرًّا : يقال لاستدامة الأمر واتصاله. وهذا لا يختلف

---

(١) لسان العرب.
(٢) مختار الصحاح.
(٣) الوجيز.

مع ما سبق من بيان لعملية الاجترار. إلا أنه يمكن القول بأن إخراج ما هو موجود في باطن الفرد أو الشخصية ليعيد مضغه مرة ثانية، ثم يدخل ما مضغه مرة أخرى في جوفه، ويفيد أو يشير هذا إلى أن عملية الاجترار عملية ذاتية بحتة لا يتدخل فيها عوامل أخرى تزيد أو تفيد مما هو موجود. ويدل التعبير "هَلُمَّ جَرًّا" إلى استمرارية حدوث الفعل وتكراريته دون توقف.

ويفيد ما ذكره "ابن منظور"[١] (١٩٩٤ ، ٤٤٦ : ٤٥٣) أن الوحِيدُ: بني على الوَحْدة؛ الإنفراد عن الأصحاب عن طريق بينونته عنهم. رجل مُتَوحِّد: أي منفرد. رجل وحيد: لا أحد معه يؤنسه. يقال وَحِدً فلان: أي بقي وحده. توحد: بقي وحده، ومتوحداً : أي منفرداً لا يخالط الناس ولا يُجالسهم. الوَحْدةِ : في معنى التوحد. وتوحد برأيه: تفرد به.

وهذا يعنى أن وصف الفرد "بالوحيد" كان نتيجة "الوحدة"، والانفراد بعيداً عن الآخرين حتى مجالسة غيره. وقد تردد هذا المعنى، وإشارات إليه الدلالة اللغوية في كثير من مفردات اللغة لتبين أن "رجل مُتوحِّد" : أي منفرد. ورجل وحيد لا جليس له ولا أنيس، وأنه منفرد بنفسه، وله رأيه الخاص الذي لا يحيد عنه، ويتشبث به.

ويتفق "الرازى"[٢] (١٩٥٤ ، ٧١١ : ٧١٢) مع كل ما سبق ذكره لبيان المفهوم اللغوي للاضطراب التوحدي بالعودة للكشف في المعاجم العربية. حيث بَيَّن أن الوَحْدَةُ : الإنفراد . وَحْدَهُ : أن يكون الرجل في نفسه منفرداً. رجل وَحَدٌ، ووحيد : أي منفرد. توحد برأيه : انفرد به.

وهذا الاتفاق يؤكد أن كلمة "وَحُدَ" ومشتقاتها تدل كل منها على إشارة دلالية إلى المفهوم المقصود الكشف عن حقيقة المعنى وصحة الدلالة لكلمة "التوحد". حيث يضيف كل مشتق مظهراً وعرضاً يجعل المعنى أكثر وضوحاً ودلالة للمفهوم.

---

[١] لسان العرب.

[٢] مختار الصحاح.

ولا يختلف مجمع اللغة العربية (١٩٨٠ ، ٦٦٢) فيما أورده مع غيره في بيان معنى التوحد حيث ذكر أن ، وَحُدَ: بقى منفرداً. والوحيد: المنفرد بنفسه. وَحْدَهُ: انفرد بنفسه، تَوَحَّدَ برأيه: تفرد به. حيث تردد المعنى، وتوافقت الدلالة مع المعجمين السابقين على أن كلمة "التوحد" تعني وتشير إلى المفهوم موضع الاهتمام والدراسة، وهو الاضطراب التوحدي.

ومما تقدم من ذكر لما ورد في المعاجم العربية الثلاثة بهدف الكشف عن معنى ودلالة كل من المسميات الثلاثة موضع الاهتمام – الذاتوية، والاجترارية، والتوحدية – ومدى صحة استخدامها، وشمولية المعنى الذي يتضمنه المفهوم الاصطلاحي، وتطابقه تطابقاً تاماً؛ يتضح أن مسمى "التوحدية" هو أكثرها بياناً، ووضوحاً، وتحديد لهذا المفهوم، لما تشتمل عليه الكلمة ومشتقاتها من دلالات – كالصفات ، والمظاهر، والأعراض – التي يتضمنها المفهوم الاصطلاحي. فضلاً عن أن زيادة "التاء" ، وتضعيف "الواو" للكلمة المجرده "وَحَدَ" يعطى تضخيماً للمعنى، وزيادة وشدة لوصف حالة الاضطراب التوحدي. تطبيقاً للقاعدة العربية أن زيادة المبنى يؤدى ويشير إلى زيادة المعنى.

المفهوم الاصطلاحي للاضطراب التوحدي

تعددت وجهات نظر المختصين والمهتمين بدراسة الاضطراب التوحدي بتعدد الخلفيات الثقافية، والنظرية، والعلمية كل حسب وجهته، ومعارفه، وفلسفته؛ حيث بدأ بعضهم بتحديده في عبارات عامة تشير إلى هذا النوع من الاضطراب النفسي. كما اهتم آخرون بمحاولة تعريفه على ضوء عدد من المحددات التي يمكن أن تعلن عن حالة الاضطراب التوحدي لدى الطفل؛ وفيما يلي عرض لكل من وجهتي النظر هذه، وفهمها فهماً دقيقاً، ومناقشتها والتعليق عليها ليتبين لنا رؤية واضحة لمفهوم الاضطراب التوحدي.

ومن الذين تصدوا لبيان مفهوم الاضطراب التوحدي، وصاغوه في عبارات عامة زيدان السرطاوي وكمال سيسالم (١٩٨٧) اللذان يريان أنه عبارة عن "اضطرابات سلوكية حادة" تبدو في "التمركز حول الذات، وانشغال الطفل بذاته أكثر من انشغاله بالعالم الخارجي" ويلاحظ أن هذا المفهوم يقتصر في بيان الاضطراب السلوكي على ما يبدو من الطفل في تمركزه حول ذاته، وانشغاله بها دون اعتبار العالم المحيط به.

وقد عرف جابر عبد الحميد وعلاء كفافي (١٩٨٨) هذا المفهوم متفقان مع من سبقهم في اعتباره "انسحاب الفرد من الواقع على عالم خاص من الخيالات، والأفكار، في الحالات المتطرفة، توهمات وهلوسات" إلا أنهما يوضحان سبب الانسحاب من الواقع بالإغراق في التخيل، والأفكار، والتوهم، ويظهر كل ما تقدم في شكل من أشكال الهلوسة.

بينما يعرفه كل من عبد العزيز الشخص وعبد الغفار الدماطى (١٩٩٢) بأنه "اضطراب شديد في عملية التواصل والسلوك يصيب الأطفال في مرحلة الطفولة المبكرة" ثم ينطلقا في بيان شكل أو مظاهر هذا الاضطراب الذي يصيبهم هو "الافتقار إلى الكلام المفهوم ذي المعنى الواضح" ولهذا فهما يريان أن الاضطراب يبدو شديداً في مدى عملية التواصل، وما يصدر عن مثل هؤلاء الأطفال من سلوك نتيجة لعدم قدرتهم على الكلام المفهوم الواضح؛ بما يؤدى إلى انطوائهم وانعزالهم عن الآخرين.

ويتفق فرج طه (١٩٩٣) مع غيره في تعريف الاضطراب التوحدي على أساس أنه "الانطواء التام على الذات" ويبين ان حالة الانطواء هذه تحقق للطفل التوحدي قدراً من اللذة عن طريق ما يتخيله لتحقيق رغباته، ولهذا فهو ينصرف عن العالم الواقعي، مما يجعله في حالة عجز عن تكوين علاقات مع الآخرين. وهو بهذا يوضح سبب رغبته في الانطواء على الذات؛ وهو تحقيق لذة الاستغراق والتخيل. مبيناً ما يترتب من نتائج على الاستمرار في هذه الحالة ، وهو عجزه في إقامة علاقات اجتماعية مع غيره من الناس.

بينما يعرف كل من ولسون وآخرون Walson et. Al., (١٩٩٦) الاضطراب التوحدي لدى الأطفال بأنه عبارة عن "ضعف واضح في الاستجابات، وقصور شديد في التواصل، مع إصدار نمط سلوكي محدد، وحركات غير مألوفة" وهم بهذا المفهوم يبينون أن هذا الاضطراب يبدو في عدم القدرة على الاستجابة لما يواجهه من مثيرات، وبالتالي يبدو مدى قصوره البين في تواصله مع الآخرين، ولعل سبب هذا ما يحدث منه من إصدار أنماط سلوكية غريبة وغير مألوفة.

ويرى إسماعيل بدر (١٩٩٧) أن الاضطراب التوحدي عبارة عن "اضطراب انفعالي في العلاقات الاجتماعية مع الآخرين ينتج عن عدم فهم التعبيرات الانفعالية، وخاصة في التعبير عنها بالوجه أو باللغة، ويؤثر هذا في العلاقات الاجتماعية بظهور بعض المظاهر السلوكية النمطية" وهو في تحديده لهذا المفهوم يركز على الفهم الخاطئ للتعبيرات بالوجه أو باللغة، وأن هذا الفهم غير الصحيح يبدو فيما يصدر عنه من أنماط سلوكية نتيجة لعلاقات اجتماعية خاطئة.

ويركز كبلن وسادوك Kablan & Sadck (١٩٩٨) على أن الاضطراب التوحدي هو نتاج اضطراب عقلي يؤدى على عدم القدرة على الاتصال بالواقع الاجتماعي ومعايشته. عندما قال: "أنه اضطراب عقلي يؤدى إلى عدم قدرة الطفل على إحداث الاتصال بالواقع الاجتماعي الذي يعيش فيه".

هذا؛ ويحدده عبد الرحمن عيسوي (١٩٩٩) بأنه "عجز نمائي يظهر في السنوات الخمس الأولى من عمر الطفل" وينفرد هذا التعريف عن غيره والمفاهيم السابقة بالاعتماد على محدد أساسي ممن أشار إليه الذين اهتموا ببحث أسباب حدوثه. حيث اعتبره قصور نمائي يحدث للطفل في بداية مراحل نموه الأولى. إلا أنه لم يضف – كغيره- من المعرفين للاضطراب التوحدي محددات أخرى كبيان مظاهر هذا العجز.

ويشارك محمد عز الدين (٢٠٠١) "عبد الرحمن العيسوي " الرأي في تحديد مفهوم الاضطراب التوحدي ؛ حيث يرى أنه عبارة عن "اضطراب يتعلق بنمو وتطور الدماغ، مع وجود بعض الملامح المميزة والخاصة بالإعاقة التواصلية " إلا أنه يحدد بعض الأعراض التي تشير إلى عدم نمو وتطور الدماغ؛ كعدم القدرة على التواصل مع الآخرين.

ولا يختلف كثيراً محمود أبو العزايم (٢٠٠١) مع من سبقوه واعتمدوا في تحديدهم الاضطراب التوحدي على أنه إعاقة متعلقة بالنمو. عندما قال: "أنه إعاقة متعلقة بالنمو، وعادة ما تظهر خلال السنوات الأولى من عمر الطفل، وهي نتاج اضطراب في الجهاز العصبي الذي يؤثر على وظائف المخ" إلا انه أضاف في مفهومه

أسباباً أخرى من أسباب حدوث هذه الحالة وهو اضطراب الجهاز العصبي - نتيجة إعاقة النمو – الذي له تأثير شديد على وظائف المخ.

وتشارك مضاوى العتيبى غيرها (٢٠٠١) الرأي في أن الاضطراب التوحدي يحدده ما يحدث من "إعاقة نمائية متداخلة ومُتَشعبة، ومعقدة ؛ تظهر أعراضها الأساسية خلال الثلاث سنوات الأولى من عمره " إلا أنها تستمر في بيان وتوضيح هذا المفهوم الذي يعتمد أساساً على الإعاقة النمائية، فتشير إلى أنه اضطراب تواصلي يستمر طوال الحياة مع الشخص، مما يعزله عن العالم بطريقة مختلفة عن تواصلنا مع من حولنا، وأنه نتيجة حدوث خلل وظيفي في المخ، يظهر في قصور وتأخر النمو الاجتماعي والإدراكي والتواصل مع الآخرين في السنوات الأولى من حياة عمر الطفل.

ويقدم جوردان Jordan (٢٠٠١) تحديداً آخر لمفهوم الاضطراب التوحدي. حيث يرى أنه " اضطراب لدى الطفل يبدو فيما يظهر من صعوبات في التفاعل مع الآخرين؛ كالرفاق، والمعلمين، ومن يتعهدون برعايته، وفي مدى تواصله مع غيره، وما يصدر عنه من سلوك نمطي"، فهو يوضح صعوبات التفاعل مع الآخرين وخاصة الرفاق والمعلمين، وما يترتب عليها من مدى تواصله معهم. بالإضافة إلى الأنماط السلوكية غير المألوفة.

ويتفق نايف بن عابد الزارع (٢٠٠٤) مع من يعتمدون في تحديد مفهوم الاضطراب التوحدي على أنه " خلل في الجهاز العصبي غير معروف المنشأ والسبب، يؤثر على عدد من جوانب النمو الممثلة في الأبعاد النمائية، ثم يذكر عدداً من الأبعاد النمائية ؛ "كالعناية بالذات، واللغة التواصلية، والبعد المعرفي، والأكاديمي، والسلوكي، والديني، والجسمي، والصحي والانفعالي والحسي". ويبدو من هذا التعريف وضوحاً أكثر لمن يريد أن يكشف أو يتعرف على هذه الحالة على أساس أن هذه الأبعاد تساعد على سهولة التعرف عليها. ويتفق مع غيره في ظهور هذه الحالة خلال الثلاث سنوات الأولى من عمر الطفل. فضلاً عن أنه يضيف ويلفت النظر إلى أنه قد يوجد لدى الطفل التوحدي قدرات خاصة.

ويحدده ديفيد وآخرون David et. Al., (٢٠٠٥) بأنه "اضطراب في الشخصية؛ يشتمل على ضعف في كل من مجالي التفاعل الاجتماعي، والتواصل مع الآخرين" ويشير هذا المفهوم إلى أن الاضطراب التوحدي يبدو أكثر وضوحاً في مجالي التفاعل الاجتماعي والتواصل مع غيره من الناس. وهو في واقع الأمر لا يضيف جديداً أو يبرز عرضاً أو مظهراً يساعد على التعرف على ذوى الاضطراب التوحدي.

هذا؛ ولابد من ذكر ما توصلت إليه منظمة الصحة العالمية لتحديد مفهوم الاضطراب التوحدي والذي يشير إلى أنه "مشكلات يعانى منها الطفل التوحدي في العلاقات الاجتماعية، وفي التواصل مع الآخرين، وفي السلوك؛ وهو نتاج اضطراب شديد في النمو العقلي، والاجتماعي، والانفعالي ، وهو يحدث منذ الولادة أو بعدها مباشرة ويستمر معه"، ويلاحظ على هذا المفهوم أن منظمة الصحة العالمية قد جمعت عدداً من أنواع المشكلات التي يعانى منها الطفل التوحدي؛ وبينت أن من أسبابها، الاضطراب في النمو لمختلف جوانب الشخصية، وخاصة الجانب العقلي، والاجتماعي والانفعالي، وأنه يحدث منذ الميلاد ويستمر مع الطفل.

ومما تقدم يتضح أن كثيراً ممن اهتموا بتحديد مفهوم الاضطراب التوحدي في عبارات عامة لم يتمكنوا من الوصول إلى مفهوم جامع شامل. بل كل منهم قد حدده على ضوء معرفته وخبرته في هذا المجال. ولهذا نلاحظ أن غالبيتهم يضيفون بعداً لتحديد عدداً من الأبعاد، أو الأعراض أو المظاهر أو المشكلات التي يمكن أن تساعد في مزيد من التحديد الدقيق لحالة الاضطراب التوحدي .

والأمر لا يختلف كثيراً بالنسبة للذين اعتمدوا في تحديدهم لهذا المفهوم على فكرة إعاقة النمو؛ وما يترتب عليه من قصور في جانب الشخصية المختلفة. ولهذا فهم يلحقون بعد ذكرهم للإعاقة في النمو مظاهر أو أعراض هذه الإعاقة، كالقصور في التواصل الاجتماعي، واللغوي، والانفعالي، والإدراكي، والانتباه. ويؤكدون على أن السبب الرئيسي لحدوث هذه الأعراض ما يحدث للطفل من اضطراب في الجهاز العصبي يؤدى إلى خلل وظيفي في المخ. وأن الجميع يتفقون على ظهور هذه الحالة خلال الثلاث سنوات الأولى من عمر الطفل.

ومع نمو وتطور البحوث والدراسات في مجال ذوى الاضطراب التوحدي، وجد بعض الباحثين ضرورة بيان مفهوم الاضطراب التوحدي على أساس عدد من المحددات التي تعين على فهم وتحديد هذا المفهوم، ومن هذه المفاهيم مفهوم الجمعية الوطنية للأطفال التوحديين NSAAC (١٩٧٨) حيث وضعت عدداً من المحددات التي تقدم مفهوماً أكثر دقة ووضوحاً وهي:

- اضطراب واضح في معدل النمو.
- اضطراب حسي حالة الاستجابة للمثيرات.
- اضطراب التعلق بكل من الأشياء أو الموضوعات أو الأشخاص.
- اضطراب بيّن في الكلام واللغة والمعرفة.

ومن الواضح أن الجمعية قد اعتمدت في تحديدها لمفهوم الاضطراب التوحدي على أربع أبعاد اعتبرتها أساسية في وضوح المفهوم وهي اضطرابات معدل النمو، والاستجابة للمثيرات الحسية، والتعلق بالأشياء أو الموضوعات أو الأشخاص، وفي اللغة والكلام والمعرفة.

ويعتمد كل من وينج وجولد Wing & Gould (١٩٧٩) في تحديدهما لهذا المفهوم على ما يلي: ضعف في كل من العلاقات الاجتماعية، والتواصل الاجتماعي، والقدرة على التخيل. وهما لا يختلفان كثيراً عن غيرهما في ضرورة وتواجد هذه المحددات لبيان مفهوم الاضطراب التوحدي، وإن كانت هذه المحددات غير كافية للتعريف الذي يحدد المفهوم بدقة تعين على إدراك الحالة بشكل واضح وسليم.

بينما يحيلنا ولف وكيك Wall & Chick (١٩٨٠) إلى ما اعتمد عليه "كانر" بعد كشفه لهذه النوعية والاضطراب عام (١٩٤٣) حيث حدد خمسة محددات هي:

- شدة القصور في التواصل العاطفي.
- الالتزام بالروتين؛ والمقاومة الشديدة لأي تغيير لما اعتاد عليه يومياً.
- الارتباط الشديد بالأشياء بدون أسباب معلومة.
- ظهوره وكأنه مصاب بالصمم والبكم.
- التميز ببعض القدرات المعرفية الجيدة.

ويركز هذا المفهوم على قصور التواصل العاطفي، والتمسك بالروتين اليومي وعاداته، وبالأشياء دون سبب، وعدم استجابته للمثيرات المحيطة به وكأنه لا يسمع، إلا أنه قد وضع محدداً ذات أهمية في فهم أكثر لنوعية الاضطراب التوحدي وهو أنه قد يتميز بعدد من القدرات العقلية الجيدة، وقد لفت "كانر" النظر إلى المحددين الأولين واعتبرها أساساً للتشخيص.

ويشارك كل من جابر عبد الحميد وعلاء كفافي (١٩٨٨) غيرهما في الاعتماد على عدد من المحددات في بيان مفهوم الاضطراب التوحدي. عندما ذكر أن من أهم المحددات ما يلي:

- الانشغال الكامل بحاجاته، ورغباته التي يتم إشباعها عادة عن طريق التخيل.
- فقدان الاتصال بالآخرين.
- التآلف مع الأشياء والتمسك بها.
- عدم المبالاة بالوالدين، والآخرين.
- عدم القدرة على تحمل التغيير.
- عجز في النطق.

وما يلفت النظر في هذه المحددات؛ بيان مدى انشغال الطفل التوحدي بحاجاته ورغباته عن طريق التخيل، وهما يشتركان مع غيرهما من المعرفيين والمحددين لهذا المفهوم في بقية المحددات السالفة الذكر.

وتقدم ماريكا Marica (١٩٩٠) عدداً من المحددات التي تشير في مجموعها إلى مفهوم الاضطراب التوحدي وهي: "الانطواء على الذات، وضعف القدرة على الانتباه، والانشغال بخياله، وضعف القدرة على التواصل لإقامة علاقات اجتماعية مع الآخرين. فضلاً عن زيادة معدل النشاط".

وينفرد هذا المفهوم بإضافة محددين اثنين إلى المحددات الأخرى وهما ضعف القدرة على الانتباه، وزيادة معدل النشاط، مع تقديم مظهر الانطواء على الذات على بقية المحددات الأخرى.

ويشارك كل من عبد العزيز الشخص وعبد الغفار الدماطى (١٩٩٢) من سبقوهما في عدد من المحددات - إضافة إلى التعريف

العام الذي سبق الإشارة إليه. وهي: " الانطواء على أنفسهم، وعدم الاهتمام بالآخرين، وبتبلد المشاعر، وقد ينصرف اهتمامهم – أحياناً – إلى الحيوانات أو الأشياء غير الإنسانية، ويلتصقون بها" وهما من خلال هذه المحددات يضيفان تبلد المشاعر ، والالتصاق بالحيوانات والأشياء كمؤشرات تعين على وضوح المفهوم وتحديده.

ويحصر محمد الدفراوي (١٩٩٣) عدداً آخر يعتمد عليها في تحديده لمفهوم الاضطراب التوحدي ، وهي " الإعاقة العقلية التي تتمثل في التأخر الدراسي، واللغوي، مع وجود بعض المشاكل الانفعالية، وعدم الإدراك السليم للمثيرات البصرية والسمعية"، وهو يبرز في مقدمة هذه التحديدات؛ الإعاقة العقلية التي تبدو في الضعف اللغوي، والتأخر الدراسي ، وفي ظهور عدد من المشكلات الانفعالية. مع إضافة عدم الإدراك السليم لكل من المثيرات البصرية والسمعية.

كما تشارك الجمعية الأمريكية للطب النفسي American Psychiatric Association (١٩٩٤) في تحديد هذا المفهوم بناء على عدد من المحددات منها: ضعف النمو اللغوي، والاضطرابات السلوكية في الثلاث سنوات الأولى من عمر الطفل، وعدم القدرة على الاستجابة لآخرين، إصدار استجابات غير سوية لمثيرات البيئة التي حوله، وعدم التخيل والترابط في الأفكار، ونمطية السلوك وتكراره". ويتفق هذا المفهوم مع كثير من المفاهيم السابقة إلا أنه يبين أن للطفل التوحدي استجابات لا تتناسب ومثيرات بيئته، وعدم ترابط أفكاره، وتكرارية سلوكه التي تظهر في السنوات الأولى من عمره.

بينما نجد أن عثمان فراج (١٩٩٤) يرى أن مفهوم الاضطراب التوحدي عبارة عن "وصف لإعاقة من إعاقات النمو وتبدو علاماته في قصور في الإدراك، وتأخر أو توقف في النمو، ونزعة انطوائية انسحابية تعزل الطفل الذي يعاني منها عن الوسط المحيط به؛ بحيث يعيش منغلقاً على نفسه لا يكاد يحس بما حوله، وبمن يحيط به من أفراد وأحداث وظواهر".

ويلاحظ أن "عثمان فراج" قد ركز على قصور الإدراك، وما يترتب عليه من تأخر في النمو، والانطواء، والانغلاق على ذاته بعيداً عن الوسط الذي يحيط به فلا يتأثر بأي شيء بمن فيه وما فيه.

هذا؛ ويحدد وينر وبرزلين Wiener & Breslin (١٩٩٥) الاضطراب التوحدي على أساس أنه " أحد اضطرابات النمو الذي يعاني منها الطفل متمثلاً في عدد من المحددات هي: عدم التفاعل الاجتماعي والتواصل، والسلوك النمطي المتكرر، وعدم القدرة على التواصل بالعين واللغة، ويشير أن هذه الأعراض تظهر قبل سن الثالثة من عمر الطفل.

وهما يشاركان غيرهما في اعتباره اضطراباً في النمو يترتب عليه القصور في التفاعل الاجتماعي والتواصل مع الآخرين، مع وجود سلوك نمطي متكرر. بالإضافة إلى عدم التواصل البصرى واللغوي.

ولا يختلف مفهوم كل من بنز وفولدمان Beins & Felman (١٩٩٦) عمن سبقوه، وخاصة "وينر وبرزلين" حيث حدد المفهوم على أساس أنه "اضطراب نفسي يبدأ ظهوره في الطفولة المبكرة، ومن محدداته: القصور في كل من التفاعل الاجتماعي، والنمو اللغوي، والمشكلات السلوكية".

ويعرف عبد الرحمن سليمان (١٩٩٩) الاضطراب التوحدي بأنه حالة تبدو في "عدم القدرة على الانتماء للآخرين حسياً ولغوياً، واضطراب الإدراك الذي يؤدى إلى عدم الفهم أو القدرة على الاتصال أو التعلم أو المشاركة في الأنشطة الاجتماعية".

وهذا المفهوم يبرز فكرة عدم الانتماء إلى من حوله، وخاصة ما يتصل بالجانب الحسي واللغوي، والاضطراب في الإدراك الذي من شأنه أن يؤدى إلى قصور أو عجز في كثير من العمليات التي تمكن الطفل من الاتصال مع الآخرين، والتعلم والمشاركة الاجتماعية.

كما يحدد ياسر الفهد (٢٠٠٢) الاضطراب التوحدي على أساس وجود عجز يعيق تطور المهارات الاجتماعية، والتواصل اللفظي وغير اللفظي، واللعب التخيلي والإبداعي"، ويضيف أن السبب في حدوث هذا العجز هو ما يحدث للطفل من اضطراب عصبي يؤثر على طريقة جمع المعلومات، ومعالجتها بواسطة الدماغ.

ويشارك صاحب هذا المفهوم كثيراً ممن سبقوه في غالبية محدداته إلا أنه يبرز جانب العجز في اللعب الإبداعي الذي يعتمد في أساسه على التخيل، وهو أساس مفقود لدى الطفل التوحدي.

وتتفق وفاء الشامي (٢٠٠٤) مع "ياسر الفهد" في السبب الرئيسي في حدوث الاضطراب التوحدي عندما أشارت إلى أنه "اضطراب في النمو العصبي يؤثر على التطور في ثلاث مجالات أساسية هي: التواصل، والمهارات الاجتماعية، والتخيل" وهو مفهوم لا يختلف على الإطلاق مع غيره ممن طرحوا محددات هذا المفهوم على أساس العجز أو القصور في كل من عملية التواصل والتخيل، والمهارات الاجتماعية.

وعندما تناول حامد زهران (٢٠٠٥) هذا المفهوم بالتحديد لم يخرج عن غيره ممن اهتموا ببيان ووضوح الاضطراب التوحدي حيث اعتبره "اضطراب نمائي شامل وحاد يظهر في زملة أعراض سلوكية تبدو في قصور معرفي اجتماعي شديد قبل سن ثلاث سنوات؛ خاصة في التفاعل الاجتماعي، والتواصل . حيث يلاحظ الوحدة الشديدة، وتأخر النمو اللغوي" لأنه اعتبره اضطراب في النمو إلا أنه وصفه بالشامل والشديد؛ أدى إلى ظهور قصور في التفاعل الاجتماعي، والتواصل، والنمو اللغوي".

ومما تقدم من عرض وبيان لمفهوم الاضطراب التوحدي على أساس عدد من المحددات ـ المظاهر أو الأعراض ـ يبدو اتفاقهم جميعاً في كثير منها وأن بَيْنَ بعضهم وأوضح أحد هذه المحددات أو بعضها؛ بمزيد من الوصف لتحديد أكثر وضوحاً له. وأن هذه المحددات لم تقل عن الثلاث الأكثر شيوعاً بين المختصين في مجال دراسة التوحد، على حين وَجَدَ بعض الباحثين ضرورة زيادة هذه المحددات للمساعدة في دقة بيان المفهوم وتحديده.

وعلى ضوء ما تقدم فإنه يمكن القول بأن الاضطراب التوحدي الذي يظهر للأطفال في السنوات الثلاث الأولى أو فيما بعدها حسب رأي بعض المختصين والدارسين في هذا المجال هو نتيجة لما يحدث من اضطراب في النمو يؤثر على الجهاز العصبي، والجانب الإدراكي لدى الطفل ويبدو فيما يصدر عنه من الأنماط السلوكية

الغريبة أو غير المألوفة والمتكررة بشكل روتيني، وليس من السهل إبعاده عن ممارستها. إضافة إلى العجز أو القصور في النمو اللغوي، وعدم القدرة على الانتباه، والإدراك، والتخيل، والتفاعل والتواصل الاجتماعي، وظهور كثير من المشكلات السلوكية. بما يؤدى إلى تفسير انسحابه وانطوائية على ذاته بعيداً عن كل ما يحيط به داخل البيئة.

- **مظاهــــر الاضطراب التوحــدي**

- مظـــاهر الطفل التوحـــدى

رصد عدد لا بأس به من الاختصاصيين في مجال الاضطراب التوحدي مجموعة من المظاهر التي يمكن أن تشير إلى تواجد هذه الحالة لدى الطفل. ومن هؤلاء شوبن Shoben (١٩٧٩) الذي أشار إلى أن الطفل التوحدي لا يتمتع بالصحة الجسمية كغيره من الأطفال العاديين، وهو في الوقت نفسه لا يتميز بالجاذبية؛ وإن كان بعض الباحثين قد أقروا أن بعض أجسامهم موضع جذب للآخرين.

ويكاد يتفق كثير ممن يعملون في مجال دراسة الاضطراب التوحدي مع غيرهم الذين يهتمون بالكشف عنهم، ومن هؤلاء ناظم الطحان (١٩٩٦)، ماجد عمار (١٩٩٩)، ولطفي الشربيني (٢٠٠٠) حيث تبين لهم عدداً من المظاهر والأعراض التي يمكن أن تشير إلى هذه الحالة ومنها: رفض رعاية الأم، ومقاومة التغيير، وممارسة العنف. ويرون أن هذه المظاهر تبدو في العام الأول أو الثاني أو فيما بعد هذين السنتين، وأنها تظهر في بطء شديد.

ويتفقون على أن الطفل التوحدي يبدو في مظهر يلفت النظر في كثير من الحالات، إلا أنه غالباً ما يكون منعزلاً، ولا يستجيب لمن حوله، ولا يبالي بالآخرين، ويمارس النشاط بشكل تكراري، وكثيراً ما يدخل في حالة من الانفعال الشديد.

وقد وافقت الجمعية الأمريكية للطب النفسي على اعتماد مجموعة من المظاهر التي يمكن أن تشير إلى ذوى الاضطراب التوحدي من الأطفال إذا ما اجتمعت لديهم، وهي:

- ضعف النمو اللغوي، والذي يتمثل في ترديد ما يقوله الآخرون، وعدم الدقة في استخدام الضمائر.

- ظهور كثير من الاضطرابات السلوكية في الثلاث سنوات الأولى من عمر الطفل.
- وجود عجز بَيِّن في الاستجابة للآخرين.
- إصدار استجابات غير سوية لكثير من المثيرات التي تحدث في بيئة الطفل.
- فقدان التخيل والترابط في الأفكار.
- نمطية السلوك وتكراره بطريقة روتينية.

وتخلص وفاء الشامي (٢٠٠٤، ١٩ : ٢١) بعد خبرتها الوفيرة في دراسة الاضطراب التوحدي إلى عدد من المظاهر السلوكية التي يمكن أن تعلن عن هذه الحالة لدى الطفل ومنها:

- ضعف المشاركة أو التفاعل الاجتماعي.
- عدم استجابة الطفل لمن يناديه، ويبدو كأنه أصم، إلا أنه يستجيب لأصوات أخرى كصوت فتح الباب ، أو صوت اللعبة.
- عدم التواصل البصري مع والديه أو الآخرين.
- عدم ممارسة المناغاة كغيره من الأطفال في مثل سنه.
- عدم ممارسة اللعب بشكل طبيعي كغيره من الأطفال، كأن يَصِفُ الألعاب في خط طويل.
- فقدان القدرة على التخيل وممارسة اللعب التمثيلي.
- ضعف في ممارسته للمهارات التقليدية.
- كما أنه يعيش في عالمه الخاص، فلا يهتم بالمحيطين به، وإغفال وجوههم.
- لا يمارس ألعاب الأطفال العادية أو التي يداعب الوالدين بها أطفالهما.
- عدم الاستجابة لمتابعة الأشياء أو الأفراد بصرياً وإن وجهه الوالدان.
- تأخر أو فقدان التطور اللغوي، فهو لا ينطق كلمات عند بلوغه ١٦ شهراً من عمره، أو جملاً بسيطة جداً.
- ضعف في إدراك انفعالات وعواطف الآخرين.
- وجود اضطراب في النوم.
- فقدان الإحساس الطبيعي عند ملامسة الأشياء أو الحرارة أو الألم.
- يحدث لكثير منهم نوبات من الغضب الشديد.
- ممارسة حركات نمطية متكررة، كالدوران حول نفسه، ورفرفة الأصابع.
- فقدان المهارات الاجتماعية واللغوية عند بلوغه سنة ونصف من عمره تقريباً.

ونظراً لعدم تكرار ما اعتبره الباحثون مظاهر تشير إلى حالة الاضطراب التوحدي لدى الأطفال فإنني سأقوم بتصنيف هذه المظاهر تحت عدد من الجوانب الشخصية للإنسان:

أولاً: الجانب العقلي

تعتبر اللغة من أهم المؤشرات التي يقاس بها الجانب العقلي لدى الإنسان ولهذا اعتبر من أبرز المظاهر التي تشير إلى ذوى الاضطراب التوحدي ومنها:

- **العجز الشديد أو الضعف في النمو اللغوي الذي يبدو واضحاً فيما يلي:**
  - ضعف شديد في مدى اكتساب اللغة.
  - عدم القدرة على توظيف ما أكتسبه من كلمات في جمل قصيرة ذات معنى.
  - عدم القدرة على استعمال اللغة في التواصل مع غيرهم.
  - استخدام الضمائر استخداماً غير صحيح؛ فعندما يريد أن يعبر عن نفسه يقول: "أنت" والعكس عندما يريد أن يخاطب الآخر يقول: "أنا".
  - ترديد الكلمات أو الألفاظ والجمل بصفة دائمة ومستمرة دون هدف أو فهم لما يقال.
  - لا يستجيب لما يدور حوله من محادثات أو حوار، وإن كان يبدى قدرة على الكلام دون استماع للآخرين.
  - عدم القدرة على الفهم، والفهم الصحيح بشكل خاص.
- ضعف القدرة على الإدراك السليم، وما يترتب على هذا من عدم التواصل مع غيره ممن حوله.
- عدم القدرة على تعميم ما اكتسبه من معلومات.
- عدم إمكانية التخيل كغيرهم من الأطفال في السنوات الأولى من حياتهم.
- قصور شديد في مدى الانتباه والتركيز.
- القدرة على حفظ واستظهار الكلام دون فهم.
- ضعف زيادة معدل النمو العقلي لديهم بالقياس إلى أقرانهم "نسبة الذكاء" التي تتراوح من (٥٠ : ٥٥) أو من (٣٠ : ٧٠)

ثانيا: الجانب الاجتماعي

- الانطواء أو الانسحاب أو العزلة عن العالم الذي يعيش فيه وينتج عنها ما يلي:

- عدم القدرة على إحداث التفاعل الاجتماعي بينهم وبين من يحيطون به أو القصور فيه.
- أقل مهارة في إنشاء العلاقات الاجتماعية، وإن وجد بعضهم لديه قدر من هذه المهارة.
- عدم القدرة على التواصل الاجتماعي مع غيرهم من الناس.
- اللامبالاة بالآخرين؛ مما يؤدى إلى ضعف القدرة على الفهم الاجتماعي.
- عدم الاستجابة لما يبديه الآخرون من تقبل لهم.
- إذا وجد قدر من التواصل مع الآخرين؛ فإنه يقتصر على طلب حاجاته.
- إذا حدث قدر من الاقتراب ممن حولهم، فهو دون فهم صحيح للأصول الاجتماعية "عشوائي".
- الفشل في إقامة علاقات مع المحيطين به، وخاصة الوالدين.
- عدم القدرة على الفهم، والفهم الصحيح بشكل خاص.

ثالثاً: الجانب الانفعالي

- عادة لا يعبر عن فرحه بالضحك أو الابتسام؛ وإذا فعل هذا فإنه يعجز عن التعبير بإحساس صحيح.
- عدم الاستقرار الانفعالي في محيط بيئته (البيت والمدرسة).
- قد يأتي ببعض التعبيرات الانفعالية دون قصد أو إدراك.
- لا يستطيع التعبير عن مشاعر الخوف. حيث إنه لا يفرق بين الصواب والخطأ.
- ضعف بين في القدرة على التعاطف مع الآخرين.
- الشعور بالفزع الشديد عند سماع بعض الأصوات أو التلامس الحسي مع أجساد الآخرين.
- ظهور قدر من التبلد الانفعالي؛ يبدو في فقدانهم الإحساس بالحدود الخارجية لذواتهم.
- الاستجابة القوية لما قد يحدث في حياتهم من مواقف الإحباط.

رابعاً: الجانب الجسمي والحواس

- عادة ما تكون مظاهر ذوى الاضطراب التوحدي الخاصة بهذا الجانب عادية، وفي حدود المعدلات الطبيعية للنمو.
- ووجد أن بعض هؤلاء الأطفال تكون لديهم جاذبية في هذا الجانب. بينما وجد آخرون أنهم لا يتسمون بهذه السمة.

- التحديق بالعين دون أسباب.
- عدم القدرة على الاستماع. مما يؤدى إلى الفشل في التواصل اللغوي مع الآخرين.
- عدم الاستجابة للخبرات الحسية استجابات صحيحة؛ كعدم المبالاة بمن يلاطفه أو الإحساس بالألم، أو الحرارة والبرودة.

خامساً : الجانب الحركي

- أنهم لا يمارسون اللعب كغيرهم من الأطفال العاديين.
- عدم الإقبال على ممارسة محاكاة الآخرين في اللعب، وإن وجود شكل من أشكال المحاكاة فإنه دون وعى أو فهم منهم.
- لا يستطيعون ممارسة أنواع من اللعب؛ كالتوفيقي ، أو التخيلي كغيرهم من الأقران العاديين.
- تكرار ممارسة النشاط نفسه دون الانتقال إلى نوع آخر.
- الاستمرار في ممارسة الحركات الرتيبة دون تغيير أو تنوع.
- الإتيان بأنماط حركية متكررة وشاذة أو غير مألوفة لمن في مثل عمرهم

بالإضافة إلى غيرها من المظاهر أو الأعراض السابقة الذكر التي قد لا تندرج تحت هذا النوع من التصنيف، أو ما قد يراه الوالدان أو المشرفون المهتمون بالطفل موضع الدراسة، ككثرة الصراخ ليلاً ونهاراً ، وخاصة في حالة الاستيقاظ من النوم، أو عند منعهم عن ممارسة الحركة التي اعتادوا تكرارها فينطلقوا في البكاء والصراخ، أو مزيد من الانفعال والتوتر. وكثيراً ما نلاحظ أن الطفل التوحدي أكثر تصلباً عند الاستحمام وتغيير الملابس. بينما نجد نوعية أخرى من حالات الاضطراب التوحدي أكثر هدوءاً أو سكوناً، وأنه أقل تصلباً أو غير متصلب حتى في حالات الشعور بالجوع، كما أنه لا يحاول الضحك أو الابتسام، أو إثارة انتباه الآخرين، ويبدو بعضهم تجاهل الأصوات الشديدة، وكأنهم قد أصيبوا بالصمم.

ومع ظهور هذه الأعراض في حالات مختلفة فإنه قد لوحظ أن كثيراً منهم يمرون بمراحل نموهم وتطور في السنوات الأولى مروراً طبيعياً. حيث نجد أنهم يمرون بمرحلة الحبو، والوقوف، والمشي في العمر الطبيعي مع أقرانه العاديين، وبعضهم يكتسب بعض الكلمات،

ويستجيبون لبعض الأوامر السهلة البسيطة، ونوعية ثالثة يلوذون بالصمت في معظم الوقت، وإن نطقوا، فإنهم يكررون أصواتاً معينة، وكلمات محددة "المصاده" مع عدم قدرتهم على استخدام بدائل للاتصال مع الآخرين كاستخدام الإشارة.

ويرى الباحثون في مجال الاضطراب التوحدي الذين قد سجلوا هذه المظاهر أو الأعراض أنه ليس من الضروري أن تبدو هذه المظاهر مرة واحدة، أو مجتمعة في آن وحد، إنما قد تظهر ببطء شديد، وفي هدوء قد لا يلفت النظر. ولهذا يحتاج الأمر من الوالدين دقة الملاحظة، والرعاية الكاملة للطفل للوصول إلى مجموعة المظاهر التي يمكن الاعتماد عليها مبدئياً كمؤشر للاضطراب التوحدي قبل الخضوع للفحص الدقيق والقياس الكلمي.

ولهذا قرر كثير من الباحثين في هذا المجال أن مظاهر أو أعراض الاضطراب التوحدي تختلف من طفل إلى آخر حسب ظهورها أو إدراكها إدراكاً سليماً. كما يؤكدون أنه يوجد اختلاف بين الأطفال بعضهم بعضاً في مدى شدة هذا الاضطراب وضعفه. الأمر الذي يتطلب من الوالدين أو الملاحظين استمرارية الملاحظة مع الضبط الشديد، والدقة في كل ما يصدر من سلوك الطفل موضع الاهتمام.

- مظاهر التوحد لدى البلوغ

تعتبر مرحلة البلوغ من المراحل الهامة في حياة الإنسان العادي، وهي أكثر أهمية بالنسبة للفرد التوحدي. حيث تبدو صعوبة التعامل في هذه المرحلة كغيرها عند العاديين، ولهذا تحتاج لنوع معين من التعامل معه يختلف تمام الاختلاف عنه في مراحل الطفولة السابقة، حتى يمكن التعامل معه بشكل صحيح. ولهذا وجب معرفة المظاهر التي تظهر في هذه المرحلة، وأن نتفهمها فهماً واضحاً ودقيقاً، بما يساعد على حسن التعامل معه.

فقد أشارت كثير من التقارير التي كتبها المختصون في دراسة الاضطراب التوحدي إلى أن أهم مظاهر البالغ التوحدي ، الرغبة في الاستقلالية وزيادة السلوك العدواني تعبيراً عما يلحق به في هذه الفترة من التوتر وإحساسهم بعدم وجود أصدقاء يجعله في حالة حزن، والبحث عن تعلم سلوك جديد، وزيادة القدرة على الوعي الاجتماعي والإدراك. وظهور علامات البلوغ الجنسي كغيرهم من البالغين العاديين. إلا أن الخوف عليهم، والتعاطف الشديد معهم يجعل

الوالدين يسلكون معهم سلوكاً يتنافي تماماً مع ما يرغبون في هذه المرحلة من العمر.

وقد أشارت نتائج دراسة هارنج وبرين Haring & Breen (١٩٩٢)، وحسن الحلواني (١٩٩٦)، وتشرمان ولينجار Charman & Lynggaard (١٩٩٨)، وفروم بومين Frombommen (١٩٩٨) أن من بين مظاهر البلوغ لدى المراهق التوحدي، وجود قصور في التفاعل الاجتماعي لدى التوحدي أكثر من المعاقين عقلياً. وأنهم أقل في علاقاتهم الاجتماعية مقارنة بالمعاقين عقلياً. وأن البالغ التوحدي كان أقل من أقرانه المتخلفين عقلياً والأسوياء في النمو والتفاعل الاجتماعي، وكذلك في المهارات الاجتماعية، واختفاء مظاهر قصور الانتباه والنشاط الزائد ADIHD* الذي كان أكثر ظهوراً في مرحلة الطفولة ، وحدوث حالات من الصرع في فترة المراهقة.

والمتتبع للدراسات التي أجريت على ذوى الاضطراب التوحدي – خاصة في مرحلة البلوغ – يجد أنها قليلة. بل نادرة. وقد ذكرت مضاوى العتيبي (٢٠٠٣) أن من بين الذين تصدوا لدراسة مظاهر الاضطراب في البلوغ "ديمبر" Dember الذي أشار إلى أنه عادة ما يحدث البلوغ فيما بين السنة العاشرة والرابعة عشر إلى وجود تغيرات في النمو الجسمي ؛ تتمثل في الطول، والوزن، والسمات الجنسية. وأن ظهور السمات الأخيرة قد أوجدت بعض المشكلات الجنسية بين مجموعة من البالغين المصابين بالاضطراب التوحدي. حيث تبين أن نسبة كبيرة من المجموعة يمارسون العادة السرية بصفة دائمة ومستمرة. وأحياناً طوال الوقت.

كما أشار إلى اختلاف العلاقات الجنسية مع الجنس الآخر عنها عند العاديين. حيث وجد أن قلة نادرة منهم لديهم خبرة في هذا الشأن. حيث يظلون حتى هذه المرحلة – البلوغ – منطويين على أنفسهم. وبالتالى فلا توجد لديهم خبرة في العلاقات الاجتماعية بالجنس الآخر.

وتبين – أيضاً – وجود صعوبة في تقبل المجتمع لما وصل إليه البالغ التوحدي من نمو؛ يبدو في مظاهره التي تجعل الوالدين في حالة من الحرج لصعوبة ضبط سلوكه، وخاصة ما يتصل بالجانب الجنسي وبرغباته وانفعالاته في هذه المرحلة. ولهذا فإن الوالدين أصبحوا في حالة عدم الاستطاعة لضبط سلوك أبنائهم في هذه المرحلة.

---

* قصور الانتباه والحركة الزائدة.. Attention Deficit Hyperactivy

وترى مضاوي العتيبي (٢٠٠٣) أنه نظراً لعدم توافر كثير من الملاحظات بالنسبة للبالغ التوحدي ، فإنها تدعو مَنْ لهم تجارب مع أبنائهم الذين يعانون من الاضطراب التوحدي لإمداد المختصين بكافة المظاهر، والبيانات والمعلومات الخاصة بهذه المرحلة. الأمر الذي يساعدنا – المتخصصين – والآباء على تفادى الوقوع في كثير من المشكلات والعمل على حلها.

كما أن معرفة مظاهر هذه المرحلة – البلوغ – تساعد الوالدين والمعلمين على تنشئة الطفل التوحدي على ممارسة أنشطة متنوعة، ومتتابعة تجعله دائم الانشغال بها، وباذلاً للجهد فيها، بما يجعله لا يفكر فيما قد يظهر من رغبات، ودوافع فيما بعد.

وبناء على هذا لا يقع كل من عنده حالة – بالغ توحدى – في الحيرة، والارتباك عندما يواجه أعراضاً، ومظاهر جديدة وسلوكاً غريباً في هذه المرحلة من السنة العاشرة حتى الرابعة عشر. بل تكون لديه الخبرة والمعلومات التي تعينه على التعامل معها بشكل ايجابي فعَّال عن طريق توظيف ما لديهم من طاقة، وما يتميزون به من قدرات وإمكانيات تظهر بدرجة أكبر في هذه المرحلة في كل ما هو مفيد بعيداً عن مجالات الانحراف والشذوذ.

الفصـــل الثانـــي
الظـــروف والأسبـــــاب

- تقديـــم.
- الظروف البيئية والاجتماعية.
- الأسباب الوراثية.
- الأسباب البيوكيمائية.
- الأسباب الغذائية.
- أسباب قبل الولادة وبعدها.
- تفاعل بعض الأسباب ببعضها.
- الأسباب مجتمعة.
- المترتبات والمصاحبات للتوحد.

الفصل الثاني

الظروف والأسباب

تقديم

تعددت وجهات نظر العلماء في تحديد الأسباب الكامنة وراء حدوث الاضطراب التوحدي، فمنهم من رأي أن السبب في حدوث هذا الاضطراب القصور التربوي لدى الوالدين وخاصة الأم إلى الحد الذي جعلهم يصفون هذه الأمهات بالبرود والتبلد العاطفي حال تعاملهن مع أطفالهن، وقد خالف هذا الرأي مجموعة أخرى عند تبرئتهم للأمهات من هذه الصفة، وأنه لا دخل لتربية الوالدين وأسلوب تنشئتهما في حدوث حالة الاضطراب التوحدي. بينما أرجعه آخرون إلى أسباب عقائدية، كالحسد، أو حدوث مس شيطاني .

وقد جَدّ عدد آخر من الباحثين للكشف عن أسباب هذا الاضطراب وانتهوا من خلال دراساتهم لما وصل إليهم من تقارير عن الأطفال التوحديين أنه يرجع إلى أسباب عضوية أو وراثية جينية. وسعى فريق آخر لبيان الأسباب الكامنة خلف ظهور هذا الاضطراب . وقد أرجعوه إلى أسباب بيوكيميائية ، أو غذائية ترتبط بنقص ما في نوعية معينة من الفيتامينات أو الزيادة فيها. بينما رأي بعضهم أنه - الاضطراب التوحدي - نتاج تفاعل بعض العوامل مع غيرها. ونلاحظ في نهاية الأمر أن كثيراً من العلماء يرجعون ظهور هذه الحالة إلى هذه الأسباب مجتمعة. وفيما يلي بيان وتوضيح لكل منها :-

الظروف البيئية والاجتماعية*

تتمثل هذه الأسباب فيما يتعرض له الطفل من مثيرات، وما تحيط به من خبرات الوالدين والمربين وما يظهر في بيئته من مشكلات مادية اقتصادية، وما يترتب عليها من مشكلات اجتماعية انفعالية. الأمر الذي يؤدى إلى عدم توافق الطفل مع المحيطين به، والتكيف مع البيئة التي يعيش فيها. بما يؤدى إلى انسحابه وعزلته.

* مجموعة الأسباب في هذا الفصل محصلة قراءات لكثير من التقارير ونتائج الدراسات التي سجلت على شبكة المعلومات.

وتقوقعه حول ذاته بعيداً عن غيره من الناس. وهذا يعنى أن ما يحدث من تغيرات نفسية واجتماعية في بيئة الطفل تؤثر بدرجة أو بأخرى على مدى ما يمكن أن يصاب به الطفل من الاضطراب التوحدي.

وهذا ما دعا بعض علماء التحليل النفسي إلى افتراض أن السبب الأول في حدوث الاضطراب التوحدي للطفل هو عدم توافق الوالدين في معاملتهما للطفل، وهم يركزون على العلاقة الأساسية بين الأم وطفلها. كما أضاف بعض الباحثين الذين يؤيدون وجهة النظر هذه، أن عدم اهتمام الأسرة بالمثيرات التي تشيع داخلها، وبنوعيتها وعددها، وعدم التركيز عليها حال التعامل مع الطفل تكون من بين العوامل التي يمكن أن تسبب حدوث الاضطراب التوحدي لديه.

وتشير بعض التقارير التي كتبت بعد دراسة كثير من حالات الاضطراب التوحدي للأطفال إلى أن من بين الأسباب – التي تتصل بالجانب البيئي الاجتماعي – ما يظهر من اتجاهات الوالدين السلبية نحو الطفل التي من شأنها أن تؤدى إلى وجود علاقة غير سوية بينه وبينهما، وخاصة الأم، وما تعتمد عليه من معلومات وخبرات خاطئة في معاملته، وما يتعرض له الطفل من أساليب التربية من قبل الآباء ، أو الأمهات، أو المربين المضطربين اجتماعياً ونفسياً ، أو ذوى العسر المادى. الأمر الذي جعل كثير من الباحثين التحذير من الأم الباردة التي تتعامل مع طفلها ببرود، وكذلك ضعف الأب أو غيابه.

كل هذا دعا أنصار هذا الرأي إلى اعتبار أن السبب الأول في حدوث حالة الاضطراب التوحدي للطفل يرجع إلى ما يتلقاه من خبرات ومعلومات، ونوعية وأساليب التعامل معه، ومدى التفاعل ونوعيته بين الوالدين والطفل، وخاصة الأم. الأمر الذي يؤدى إلى فقدان التفاعل داخل البيئة الأسرية والتواصل بينها. وما يترتب على هذا من الانسحاب، وانطواء وعزلة الطفل عن التواجد الأسري، وانغلاقه على ذاته بعيداً عن الآخرين . حيث تبين لـ "ماهلر"[1] أن القصور في تكوين وبناء " أنا" الأم أدى إلى اضطراب علاقة الأم بطفلها* . بالإضافة إلى ما يحدث للطفل من مواقف تصادمية في سنوات حياته الأولى.

---

[1] نفين زوير (١٩٨٨)

* حيث إن مثل هؤلاء الأمهات ذات الأنا الضعيفة، كثيرا ما تفرغ شحنتها الانفعالية على طفلها عند سن الثانية من العمر. بما يؤدى إلى جروح غائرة في نرجسيته، وبما يؤثر على نمط التفاعل بين الطفل وأمه.

وهذا ما دعاهم إلى اعتبار ظروف الحياة الأسرية وتعقدها، وما تتعرض له من ضغوط نفسية تؤدى إلى انشغال الوالدين عن الطفل، وما يترتب عليه من الشعور بالحرمان العاطفي، وعزلته بعيداً عن الآخرين.

ورغم محاولات أنصار الظروف البيئية لإثبات مدى علاقتها وتأثيرها على حدوث الاضطراب التوحدي لدى الطفل فإننا نجد في الطرف الآخر مَنْ ينفون هذه العلاقة وتأثيرها في إصابة الأطفال بالاضطراب التوحدي.

وهذا ما أكدته بعض الدراسات التي أجريت بهدف الكشف عن العلاقة بين الطفل التوحدي ومدى اضطراب الوالدين. حيث أشارت النتائج إلي وجود علاقة بين شدة التوحد لدى الأطفال والاضطراب لدى الوالدين. فقد بلغت نسبة الذين يعانون من الاضطرابات الشخصية من الوالدين إلى (٤٥%) وأن بعض الوالدين الذين لديهما طفل توحدى كانا يعانيان من صعوبات في التواصل، وأنهما كان أكثر عرضة للاضطراب والقلق من غيرهم الذين يعانون من اضطرابات نفسية أخرى . (نارين وآخرون Narayn et. al. , 1990).

كما أشار عدد من المهتمين بدراسة أسباب الاضطراب التوحدي من المنتمين لأصحاب المدرسة السلوكية ، ومن بينهم ولسون وآخرون Willson et. al., (١٩٩٦) إلى أن من أسباب حدوث الاضطراب التوحدي عدم تهيئة البيئة بعدد من المثيرات التي تستدعى استجابات من الأطفال، وعدم اهتمام الوالدين بهذه المثيرات التي تؤدى إلي الانتباه لها. بالإضافة إلى عدم قدرتهم على تعزيز ما يصدر عن الأطفال من أنواع السلوك الاجتماعي.

ولهذا فهم يقررون أن ما تقدم يعد من أسباب عدم تواصل الطفل مع غيره من الناس. وخاصة عملية التواصل البصري مع من يتعامل معه. وهم يرون أن فشل الطفل وإخفاقه في اكتساب كثير من المعلومات واستمرارية التواصل يرجع إلى عدم تهيئة البيئة الأسرية أو المحيطة به بالمثيرات، وتنبيه الطفل إليها. ويؤكدون على أن استمرارية هذه الظروف قد تظل مصاحبة للطفل حتى مرحلة المراهقة. بما يؤدى إلى مصاحبته لمختلف مظاهر وأعراض الاضطراب التوحدي حتى البلوغ.

الأسبـــاب الوراثيـــة

يؤكد كثير من المهتمين بدراسة ذوى الاضطراب التوحدي من الأطفال أن العامل الوراثي ليس له علاقة بظهور أعراض هذه الحالة، حيث تبين لهم أن هذا الاضطراب قد ظهر في كثير من الأسر التي لم يكن في تاريخها ما يشير إلى ظهوره عند تتبع نسلهم.

بينما نجد على الجانب الآخر من الباحثين مَنْ يرون أن من أسباب هذه الحالة العامل الوراثي، فتذكر نفين زوير (١٩٨٨) أن "ماهلر" Mahlar قد رأت أن من أسباب حدوث حالة التوحد الاستعداد الوراثي وأشار بعضهم إلى أن الاضطراب التوحدي يرجع في أساسه إلى العوامل الجينية Genetic. حيث تبين لهم أن حدوث هذه الحالة في التوائم المتماثلة يصل على نسبة (٣٥%)، مع عدم وجودهما بالنسبة للتوائم غير المتماثلة، وقد تباينت هذه النسبة لدى عدد من الباحثين لهذه الحالة. وهذا يشير إلى أن الجينات لها أثر كبير في حدوث الاضطراب التوحدي. وهذا ما أشارت إليه "ليدا" Lida (١٩٩٣) عندما عرضت نتائج البحوث التي كانت تهدف إلى الكشف عن الكروموزومات ذات الارتباط بالتوحد.

كما توصل العلماء الذين يتشيعوا لهذه الفكرة إلى وجود علامات غير طبيعية في تركيبة المخ، ووجود خلافات واضحة في المخيخ. ومازال البحث جارياً في الولايات المتحدة الأمريكية في هذا المجال؛ على اعتبار أن الجينات هي العامل الرئيسي لحدوث الاضطراب التوحدي بخلاف ما توصلت إليه الدراسات والبحوث السابقة التي أثبتت أنه ليس للعامل الوراثي تأثير في حدوث هذه الاضطرابات.

وقد سعت جامعة أكسفورد (٢٠٠١)* لاكتشاف الجينات المسببة للتوحد لدى الأطفال . وقد تبين من نتائج أحد البحوث أن أثنين من الكروموزومات تسبب الإعاقة العقلية للطفل التوحدي. وأشار بحث آخر إلى أنه يوجد مركبات وراثية ذات علاقة باضطراب التوحد. مما دعاهم إلى التركيز على دراسة الجينات التي يمكن أن ترتبط بحدوث حالة التوحد. حيث تبين لعلماء الإتحاد الدولي لدراسة الجينات الجزئية للتوحد أن الحامض النووي DNA - لأكثر من

---

* لمزيد من المعلومات في هذا الموضوع أرجع إلى شبكة المعلومات ،ياسر الفهد، التوحد نظرة شاملة ، منتدى الخليج لذوى الاحتياجات الخاصة ــ التوحد.

(١٥٠) زوجاً من الأخوين ذوى الدرجة الأولى من الأقرباء المصابين بالتوحد- وجود منطقتين في الكروموزوم (٢)، والكروموزوم (١٧) ربما يحتضنان الجين الذي يجعل الأطفال أكثر قابلية للإصابة بالتوحد. كما أكدت استدلالات سابقة تشير إلى أن منطقتى الكروموزوم (٧) ، و(١٦) لهما دور فيما إذا كان سيصاب الطفل بالتوحد أم لا . مما دفع فريق من العلماء الأمريكان والبريطانيين لإجراء مزيد من الدراسات للتعرف على الجين المسئول عن التوحد.

هذا؛ وللصينيين وفقاً لنظريتهم في التوحد "نظرية الكلى" والتي تنص على أن الكلى عضو خلقي موجود قبل الولادة Congenital بينما "الطحال" عضو وظيفي بعد الولادة Postnatal ، والتي ترى أن ظهور حالة التوحد تكون بسبب تلف في الجهاز الهضمي – وهو عبارة عن مشكلة في الطحال أو المعدة – يمنع الجسم من امتصاص فيتامين ب(٦) وغيرها من العناصر الغذائية التي يستمد منها المخ غذاءه، ويترتب عليه نموه وتطوره. فضلاً عن أن تلف الكليتين والطحال يسببان تلف الجهاز المناعي.

ومن بين الأسباب ذات الارتباط بالمورثات الجينية أن بعض الباحثين قد وجدوا أن التصلب الدرني Tuberous selerosis يعد من الأسباب التي تصيب الطفل بالاضطراب التوحدي. حيث أشارت نتائج دراسة هانت وشبرد Hunt & Shepberd (١٩٩٣) أن (٢٤%) من الأطفال المصابين بالتصلب الدرني (T.B.) قد أصيبوا بالاضطراب التوحدي وأنه قد ظهرت بعض أعراض التوحد على (١٩%) منهم.

الأسباب البيوكيميائية

عندما حاول الباحثون التعرف على الأسباب التي تؤدى إلى حالة الاضطراب التوحدي. كان العامل البيوكيميائي أحد العوامل التي افترضوها لحدوث هذه الحالة، على أساس أن ما يظهره الطفل التوحدي من الاضطرابات القوية والشديدة ترجع في مصدرها إلى ما يحدث من اضطرابات عصبية كنتيجة لما يحدث من مشكلات ذات ارتباط بالتفاعل الكيميائي الذي يصيب بعض مراكز المخ، وما يترتب على هذا من خلل بوظائف هذه المراكز وما ينتج عن هذا من عدم القدرة على التوافق الشخصي ، والاجتماعي. بالإضافة إلى التوافق

الحركي. وممن اتفقوا مع هذا الرأي كل من كامبل وشاي Compbel & Shay (١٩٩٥) عندما اطلع على البحوث التي أجريت للكشف عن العوامل البيوكيميائية في حدوث التوحد. حيث تبين زيادة حمض "الهرموفانيلك" في السائل المخى بين أنسجة المخ والنخاع الشوكى، وغيره من الأحماض "كالسيرتونين" في الدم، وروتر وآخرون Rutter, M. et. Al. (١٩٧٨)، وعبد الرحمن عيسوى (١٩٩٩). الذين اهتموا بهذا الرأي عندما رجحوا أن اضطراب الأطفال التوحدي يرجع إلى ما أصاب المخ من خلل عصبي بسبب زيادة أحماض معينة والذي يتخلل أنسجة المخ، ويؤثر بدوره على الأداء الوظيفي له.

وقد أكدت نتائج البحوث في هذا المجال أن من الأسباب التي تحدث الاضطراب التوحدي هو ارتفاع بلازما السيروتونين Plaasma serotonin ، ويشترك الأطفال ذوى التخلف العقلي مع هذا النوع من الاضطراب في هذا السبب . كما أضافت نتائج أخرى ارتفاع الهيبرسيروتونيميا Hyerserotonema لدى الأطفال التوحديين الذين ليس لديهم تخلف عقلي . (بلوتين وآخرون، ١٩٨٩)

الأسباب الغذائية

يرجع بعض الباحثين اضطراب التوحد إلى أسباب ذات ارتباط بالغذاء. حيث يرون – من خلال الفحص الطبي للأطفال التوحديين – وجود نقص في كل من فيتامين (ب٦) ، (ب١٢)، مع قلة فاعليتهما. وقد أضاف بعضهم قلة امتصاص فيتامينات أ ، ب ، ج ، د ، ه. وقلة النحاس، والكالسيوم، مع وجود زيادة في نسبة النحاس في الزنك، وقلة امتصاص الكبريت. واعتبروا أنها أسباب تؤدى إلى ظهور الاضطراب التوحدي لدى الأطفال.

ولهذا فهم ينصحون بضرورة رعاية الأم في مرحلة الحمل وبعد الولادة من حيث الغذاء، وخاصة ما يتصل بمجموعة الفيتامينات السابقة، لما لها من أهمية في قيام المخ بوظائفه الطبيعية، وكذلك الأمر بالنسبة للجهاز العصبي. لأنها تساعد علي تدفق الدم إلى المخ؛ وهذا التدفق يؤدى إلى تحسن الإدراك، والقدرة على تحسين التركيز والذاكرة، واعتدال المزاج.

أسباب قبل الولادة أو بعدها

تفترض مجموعة أخرى من الباحثين أن حالة الاضطراب التوحدي قد يكون سببها ما يتعرض له الطفل قبل الولادة أو بعدها من آثار الإصابة بالحصبة الألمانية؛ حيث أثبتت بعض الدراسات أن سبب حدوث هذا الاضطراب ربما يكون خللاً عضوياً بسبب الإصابة ببعض العوائق* التي تؤدى إلى حدوث عدم نمو أو تطور الجهاز الهضمي والمناعي، وما لهما من أهمية ودور أساسي في إمداد المخ بالغذاء. حيث تبين للباحثين الصينيين الذين اهتموا بهذه الفكرة. تحسن في تطوير الجهاز الهضمي والمناعي لدى المصابين باضطراب التوحد في كثير من أعراضه.

كما يذكر الباحثون المهتمون بدراسة التوحديين وجود صغر في حجم الفصين** (٤و٧) ويرون أن السبب في حدوث هذا الصغر هو نتيجة لضعف النمو قبل الولادة، وما يترتب على هذا من ضمور لحجمهما بعد الولادة. وهم في حيرة لعدم معرفتهم للأسباب الفعلية لهذا الضمور. وإن كانوا يفترضون أن السبب نقص الأوكسجين ، أو العدوى أو الإصابة بالتسمم، أو ما تنقله الجينات من مورثات. وقد أكدت هذا ليدا Lida (١٩٩٣) عند عَرْضها للعوامل المسببة للاضطراب التوحدي لدى الأطفال.

ومن بين هذه الأسباب – أيضاً- التي تحدث اضطراب التوحد لدى الطفل – قبل أو خلال أو بعد الولادة – وتؤثر في نمو المخ، وجود افتراضات علمية قد تسبب هذه الحالة منها نقص كثير من الهرمونات التي تحدث اختلافات بيولوجية أو عصبية، وعدم التحصين ضد الأمراض، والتلوث البيئي، وقصور في الفيتامينات التي تحمي الطفل من حدوث هذه الحالة. هذا بالإضافة إلى ما سبق ذكره من الأسباب الوراثية.

---

* تلف في الدماغ أثناء الحمل أو قبل الولادة أو بعدها، وقصور الفنيل كيتونيوريا وعدم علاجه، والاختناق أثناء عملية الولادة.

** إن صغر حجم هذين الفصين يؤدي إلى صغر حجم خلايا بوركينجي Purkinje cell في المخيخ الغنية بالناقلات العصبية للهرمونات المسئولة عن النشاطات النفسية الكابحة لنشاطات أخرى، والتي تسبب اضطرابات التوحد.

كما افادت "باتريشيا رودر" أخصائية علم الأجنة أن الخلل المسبب لاضطراب التوحد يحدث فيما بين اليوم (٢٠ و ٢٤) من الولادة. وأن الجينات المعينة في وضع الجسم الأساسي، وبناء المخ هي متغير من المتغيرات التي تسبب هذا الاضطراب. بينما أشارت "مارجريت بومان" اختصاصية الأعصاب في جامعة هارفارد أن الخلل المسبب للتوحد قد يحدث في منتصف الثلاث شهور الأولى من الحمل.

تفاعل بعض الأسباب بعضها

يرى أصحاب هذا الرأي أن تفاعل العوامل الوراثية مع غيرها من العوامل البيئية الاجتماعية؛ كالضغوط النفسية، والاضطراب الانفعالي للوالدين أو المربين، وحدوث الصدمات الحياتية تؤدى إلى إحباط الأطفال، وما يترتب على هذا من الانطواء ، والعزلة، والانسحاب. وقد يكون السبب تعرض الأم للإصابة بالحصبة الألمانية – كما سبق القول – أو الحالات التي لم تعالج "بالفينيل كيتونيوريا"، والذي يؤدى إلى نقص في الإنزيم، وإذا لم يعالج في بدايته وفق نظام غذائي دقيق يتضمن جرعات "الفينيل"، فإنه يؤدى إلى حدوث تخلف عقلي شديد أو اضطرابات أخرى في الجهاز العصبي. بالإضافة إلى وجود مضاعفات قد حدثت أثناء الحمل في شهوره الأولى، كحدوث اتساع في البطنيات الدماغية، وشذوذ في تخطيط الدماغ الكهربائي الذي وجد لدى الأطفال بنسبة (١٠ : ٨٣ %) من الأطفال التوحديين. الأمر الذي يحدث خللاً في عملية الاتصال أو السيطرة على كل جانب من جانبي المخ، أو حدوث ضعف في الكروموسومات الذي يؤدى إلى حدوث خلل في الجانب العقلي وحدوث حالة الاضطراب التوحدي.

الأسباب مجتمعة

وبناء على تعدد التقارير العلمية والطبية الواردة من الباحثين والعلماء حول أسباب حدوث الاضطراب التوحدي لدى الأطفال، وعدم تأكيد كل منهم على الأسباب الفعلية التي تسبب هذه الحالة. حيث تباينت قراراتهم في تحديد هذه الأسباب ؛ فمنهم من نادي بأن السبب الرئيسي هو التفاعل بين الجينات والبيئة، وبعضهم رأي أن السبب الفعلي هو تفاعل عوامل البيئة ومتغيراتها مع العوامل

الوراثية. وأشارت مجموعة أخرى إلى أن العوامل النفسية والاجتماعية للوالدين وظروفهما، والمربين هما السبب في حدوث الاضطراب التوحدي لدى الأطفال. وأرجع الأطباء حدوث هذه الحالة إلى فقدان أو قصور في مجموعة الفيتامينات لدى الطفل أثناء الحمل أو بعد الولادة. كما أشار بعضهم إلى أن السبب الحقيقي لحدوث الاضطراب التوحدي لدى الطفل هو ما يحدث من تغيرات بيوكيميائية له. ولهذا رأي فريق آخر بضرورة الأخذ بهذه الأسباب مجتمعة حتى يمكن تحديد هذه الحالة بشكل محدد ودقيق بدلاً من الاعتماد على سبب أو أكثر مما سبق ذكره.

ومما تقدم يبدو واضحاً كثرة الأسباب وتعددها، وتنوعها التي يمكن أن تحدد حالة الاضطراب التوحدي لدى الأطفال. الأمر الذي أدى إلى عدم الاتفاق ، والانتهاء إلى الأسباب الرئيسية في إحداث هذه الحالة. حيث نجد أن بعض نتائج دراساتهم لم تؤكد بشكل قاطع علاقة اضطراب التوحد بالعوامل الوراثية والجينات. وأن منهم من نفي وجود علاقة بين ظهور هذه الحالة والمرض العقلي، كما نفي فريق آخر أنها ليست نتاج الاضطرابات الانفعالية التي قد تصيب الطفل في سنوات حياته الأولى. وأشار آخرون أنهم قد وجدوا أن حالة التوحد علاقتها ضعيفة جداً بالبيئة الاجتماعية للطفل، أو ما قد يحدث في فترة الحمل من تغيرات كيميائية تحدث للجنين. وبناء على هذا فإنهم لم ينتهوا – بعد – من تحديد العوامل بشكل - قاطع ودقيق - التي تسبب وجود هذه الحالة ، أو أنها هي كل العوامل السابقة الذكر مجتمعة معاً.

ومن الملاحظ – أيضاً – على ما قدمه الباحثون من آراء، ووجهات نظر علمية حول الأسباب التي تؤدى إلى حدوث حالة الاضطراب التوحدي الإقلال من مدى تأثير كثير من المتغيرات والعوامل التي يتوقع أن تكون من الأسباب الفاعلة لظهور هذه الحالة. إلا أنه من الواضح – إلى حد ما – أن السبب الرئيسي هو وجود خلل عضو أو اضطراب عضو يصيب بعض مراكز المخ. الأمر الذي يؤدى إلى خلل في وظائف هذه المراكز والذي يبدو في كثير من المظاهر السلوكية لدى من أصيبوا بهذه الحالة.

المترتبات والمصاحبات للاضطراب التوحدي

نظراً لإشكالية حالة الاضطراب التوحدي بالنسبة للفرد التوحدي وخطورتها، ولأسرته، وللمجتمع الذي يعيش فيه . فقد جد

الباحثون لمحاولة معرفة أسبابه، وخصائصه، وطرق علاجه، وكيفية تعليم من يصاب به، وتدريبه، وتمهينه إلى الحد الذي سعوا للكشف عن ما يترتب عليه من حالات مرضية.

ومن بين أخطر ما يصاحب أو يترتب على الاضطراب التوحدي من الحالات المرضية، الإعاقة العقلية التي تؤثر بدورها على مدى نمو ما لدى الطفل التوحدي من قدرات عقلية ، وما يترتب عليها من تأخر أو فقدان كثير من المهارات التي تنمو بشكل طبيعي بالنسبة للإنسان العادي.

ولما كان للإعاقة العقلية وغيرها من المسميات* دلالة مؤلمة للوالدين؛ وخاصة من ابتلى بطفل توحدى ،فقد عدل - كثير من الباحثين في هذا المجال إلى استخدام مسميات أخرى لتخفيف حدة دلاله الإعاقة على النفس البشرية، وخاصة إذا كان الابن - إلى استخدام مسمى صعوبات التعلم .... learning difficulty حيث إن هذا المسمى يركز على أن مثل هذا الطفل يعاني من صعوبات في تعلم القراءة ؛ وهذا من شأنه أن يترك أثراً سلبياً ضعيفاً على خلاف المسميات الأخرى السابقة.

ولهذا فقد رأي من يعملون في هذا المجال –الاضطراب التوحدي –أنه-إنسانيا-لا ينبغي أن نضخم الحالة ،ونجعلها أكثر سوءا،وحملاً ثقيلاً على الوالدين إذا ما كانت حالة الاضطراب التوحدي من النوع المصحوب بالإعاقة العقلية*.حيث إنه ثبت من الدراسة والبحث وجود حالات من الاضطراب التوحدي غير مصاحب بهذه الإعاقة التي اعتبروها من المترتبات على التوحد .وأنه يوجد عديد من هذه الحالات يتسمون بدرجه ذكاء عادى أو فوق المتوسط وفقا لتطبيق مقاييس الذكاء التي طبقت عليهم.

---

* التأخر أو التخلف الذهني أو العقلي.

* تتراوح نسبة المصابين بالإعاقة العقلية من ذوى الاضطراب التوحدي بين ٧٥ : ٧٧% من التوحديين، وأن ٥٠% منهم مصابون بإعاقة عقلية خفيفة، وهذا يعني أن درجات ذكائهم تتراوح ما بين ٥٥ : ٧٠ درجة، والباقي ٢٧% درجات ذكائهم أقل من ٥٠%.

وإذا صوحب الاضطراب التوحدي بالإعاقة العقلية ترتب على هذا ضعف في أداء القدرة على التذكر، وكذلك الحال بالنسبة للقدرة على الانتباه، وحل المشكلات، وما يترتب على هذا من بطء التعلم. الأمر الذي يؤدي إلى عدم قدرته على الاعتماد على الذات، ومدى اعتماده على الآخرين واستقلاليته. بالإضافة إلى انخفاض إمكانية اكتساب وتعلم كل من مهارات القراءة، والكتابة، والحساب.

هذا؛ وقد يصاحب حالة الاضطراب التوحدي حالات من نوبات التشنج، ومع مصاحبة هذه النوبات لكل من حالات الإعاقة العقلية، والتوحدية، إلا أن ظهور نوبات التشنج لدى ذوى الاضطراب التوحدي تكون عند البلوغ أو في مرحلة المراهقة. بينما تظهر هذه النوبات لدى ذوى الإعاقة العقلية في مرحلة الطفولة المبكرة. كما أفادت التقارير أن ذوى الاضطراب التوحدي المصابين بالإعاقة العقلية الشديدة معرضون بشدة للإصابة بالصرع ، كذلك إذاء الذات.

كما أشارت تقارير نتائج دراسة غازدين وآخرون Ghaziuddin et. Al. (١٩٩٨) لحالات ذوى الاضطراب التوحدي أنهم أكثر عرضة للإصابة بالإكتئاب من غيرهم الذين يعانون من اضطرابات أخرى، وقد فسروا هذا بأن ذوى الاضطراب التوحدي أكثر حساسية من غيرهم، وأنهم يعانون من مشكلات التواصل الاجتماعي.

وقد أفادت نتائج كثير من الدراسات التي كانت تهدف إلى معرفة مدى مصاحبة الأمراض النفسية لذوى حالات الاضطراب التوحدي، ومن بين هذه الدراسات، دراسة فروم بون Frombonne (١٩٩٨) التي أسفرت عن أن متوسط نسبة الإصابة بالصرع قد بلغ (١٦,٧%) ولهذا أعتبر أن الصرع من أكثر الأمراض النفسية التي تحدث للتوحديين، وخاصة من يعانون من الإعاقة العقلية، وأنه كلما زادت حدة الإعاقة زاد حدوث حالات الصرع، وأن الإناث من ذوى الاضطراب التوحدي أكثر إصابة بالصرع من الذكور.

كما بينت نتائج دراسة كل من "فروم بون" (١٩٩٨)، وروزنهول وآخرون Rosenhall et. Al. (١٩٩٩) أن ذوى الاضطراب التوحدي يتعرض منهم حوالي (٢٥%) إلى الإصابة بالضعف البصري. الذي يتطلب الاعتماد على النظارة الطبية. بالإضافة إلى أنهم – أصلاً – يعانون من قصور نظري حاد. كما وجد أنهم يعانون من قصور خفيف أو متوسط في حاسة السمع بنسبة (٨%) من مجموعة بلغ عددها (١٩٩) فرداً، وحدوث فقدان شديد في السمع لدى (٣,٥%) من جميع الحالات. الأمر الذي يؤدى إلى مزيد من الصعوبات في اكتساب، أو تعلم اللغة، والتفاعل الاجتماعي نتيجة لما يحدث من قصور في حاستي البصر والسمع.

هذا؛ وتشير نتائج دراسة هانت وشبرد Hunt & Shepberd (١٩٩٣) إلى أن كثيراً من ذوى الاضطراب التوحدي يصابون بالتصلب الدرني (T.B.) مقارنة بالمجموعات التي ليست مصابة بالإعاقة العقلية. وأن التصلب البدني يحدث بنسبة (٣%) من المصابين بالاضطراب التوحدي. وهذا يعنى أن الطفل التوحدي معرض للإصابة بالتصلب البدني، وأن هذه النسبة تتضاعف (٢٠٠) مرة مقارنة باحتمالية إصابة الطفل العادي. وأن (T.B.) من الأمراض التي يمكن أن تصاحب التوحد أو تترتب عليه.

الفصل الثـــالث

الخصائص والسمات والميول

- تقديـــم .
- خصائص التوحد .
- الخصائص العقلية التحصيلية .
- الخصائص الوجدانية الانفعالية .
- خصائص السلوك الإدراكي الحركي .
- خصائص التواصل الاجتماعي .
  - خصائص المراهق التوحدى .
  - سمات التوحديين .
  - ميول التوحديين .

الفصل الثالث

الخصائص والسمات والميول

تقديم

تتعدد الخصائص التي تشير إلى الطفل الذي يعاني من حالة الاضطراب التوحدي؛ فمنها ما له علاقة بالجانب الجسمي والحركي، ومنها ما يتصل بالجانب العقلي والتحصيلي، ومنها ما يرتبط بالجانب الوجداني الانفعالي، وآخر يرتبط بجانب التواصل الاجتماعي، وفيما يلي عرض لهذه الخصائص.

الخصائص الجسمية والحركية

تتمثل الخصائص الجسمية للإنسان في كل من الطول والقصر، والنحافة والسمنة، والوزن، وسن البلوغ الجنسي، والصحة العامة. ويؤكد غالبية من درسوا كثيراً من حالات التوحد - كمال مرسى (١٩٩١)، وعبد الرحمن سليمان (٢٠٠٠)، أن الأطفال الذين يعانون من حالة التوحد لا يختلفون في خصائصهم الجسمية عن غيرهم من الأطفال العاديين، وأن مظاهر نموهم الجسمي طبيعية كغيرها من مظاهر العاديين، وأن الصحة العامة لديهم لا تختلف عن أقرانهم من الأطفال العاديين، وإن كان هناك فروق في النمو الجسمي بينهم، فهي الفروق نفسها التي توجد بين غيرهم ممن لم يصابوا بهذا الاضطراب.

وبناء على أن الخصائص الحركية ترتبط ارتباطاً وثيقاً بمدى نمو الجانب الجسمي، ومع إثبات ملاحظات وآراء العلماء والدارسين لهذه الحالة في هذا الجانب فإن الأطفال التوحديين لا يختلفون في خصائصهم الحركية كثيراً عن الأطفال العاديين في العمر الزمني نفسه. وإن وجد بعض الآراء التي تشير إلى أن معدل نمو الطفل التوحدي قد يتأخر بعض الوقت عن الطفل العادي؛ وعلى أساس هذه الملاحظة فإن طفل حالة التوحد قد يبدى بعض الحركات غير العادية عن الطفل السوي، نادية أديب (١٩٩٣). وهذا ما أشار إليه كل من هدى عبد العزيز (١٩٩٩)، وشاكر قنديل (٢٠٠٠).

وتفيد هذه الملاحظات الخاصة بالجانب الجسمي الحركي أنه لا توجد خصائص جسمية وحركية تعد كعلامات ودلائل للأطفال التوحديين، وأن هذه الحالة ـ التوحد ـ لا يمكن ردها أو إرجاعها إلى معدلات النمو الجسمي والحركي، وكل ما له صلة بخصائص هذا الجانب.

الخصائص العقلية التحصيلية

إن المتتبع لكثير من الدراسات التي أجريت لمعرفة الخصائص العقلية التحصيلية للأطفال التوحديين يجد أن غالبيتهم يتسمون بالإعاقة العقلية على أساس استخدام مقاييس الذكاء التي تطبق عليهم قبل دخول المدرسة. وأنه غالباً ما تظل نسبة ذكائهم ثابتة؛ وإن ظهر تحسناً في بعض مظاهر السلوك الاجتماعي فإن هذا مرده إلى ما يقدم إليهم من إرشادات تربوية، وخدمات علاجية. وهذا ما أكدته دراسات كل من روتر Rutter (١٩٨٣)، وهربرت Herbert (١٩٩٨).

كما أشار بعض الباحثين والعلماء إلى أن المستوى الوظيفي العقلي للطفل التوحدي يقع بين درجة الشديد الإعاقة عقلياً، وبين ما فوق الدرجة المتوسطة لهذه الإعاقة. حيث إن غالبية نسبة ذكائهم قد تصل إلى ٧٠ أو أكثر . وقد يوجد لدى بعضهم نسبة ذكاء أكبر من هذه . كما أنه قد يكون لديهم بعض القدرات العقلية المرتفعة . وهذا ما أشار إليه كل من لويس مليكة (١٩٩٨)، وعادل عبد الله (٢٠٠٢).

وهذا ما يجعل الطفل التوحدي على درجة من التشتت العقلي، تبدو أكثر ما تبدو فيما يصدر عنه من مستوى النمو اللغوي، والتحصيل اللفظي المتدني عن أقرانه في مثل سنه من الأسوياء. بل قد نجد أن مستوى الطفل في هذا الجانب في أقل المستويات بالنسبة للأطفال العاديين. حيث تبين لكثير من الباحثين ـ ومن بينهم جاردان Jardan (١٩٩٥)- أن الطفل التوحدي ليس لديه القدرة على استخدام اللغة في التواصل مع غيره ممن حوله، وأنه أقل قدرة من أقرانه العاديين في التحدث، وليس لديه قدرة على استخدام كلمات جديدة والاستمرار في توظيفها، ومع عدم القدرة على الاستعمال الصحيح، وكل ما يقدر عليه الطفل التوحدي في المجال اللغوي ترديد الكلمات والأسئلة بما لا يتناسب والموقف. بل بما يشغلهم. ولهذا لا تعدو أصواتهم عن ترديد نغمة واحدة. مع عدم القدرة على إدراك المثيرات غير اللغوية؛ كتعابير الوجه، والإشارات، وحركات اليد.

وتكشف إهلرز وجونسون Ehleres & Ajohonsoin (١٩٩٦) عن بعض الخصائص العقلية التحصيلية فيما يتصل بالجانب اللغوي حيث أضافت أن الطفل التوحدي – رغم سلامة حاسة السمع لديه – فإنه كثيراً لا ينتبه إلى الصوت الإنساني ، وعدم قدرته على تكوين جملة تامة تعبر عما يشعر به أو ما يدركه من حوله، وصعوبة الاستخدام الصحيح للضمائر، وكذلك الأمر بالنسبة لاستخدامات حروف الجر. وتتفق هذه النتائج مع ما توصل إليه "جاردان" من أن الطفل التوحدي ليس من السهل ممارسته للكلام كغيره من العاديين، مع قصور في ممارسة النشاط التخيلي.

وبناءً على ما توصل إليه العلماء والباحثون من انخفاض مستوى ذكاء الطفل التوحدي لويس مليكه (١٩٩٨)، وشاكر قنديل (٢٠٠٠) فإن من الطبيعي، بل ومن المتوقع أن يكون هناك عجز واضح في المستوى التحصيلي ، وخاصة الجانب اللغوي لهذا الطفل. وهذا على عكس ما قد أشار إليه بعض الباحثين من أن الطفل الذي يعانى من حالة التوحد عادياً في قدراته التحصيلية. وهذا الرأي الأخير لا يتفق وما يكون عليه الطفل التوحدي من الضعف أو التخلف العقلي. إنما يمكن قوله عند ذوى الذكاء العادي أو فوق المتوسط.

وتعتبر الذاكرة من العوامل ذات الارتباط بالجانب العقلي التحصيلي. حيث إنها تمثل القدرة على استيعاب المعلومات وحفظها. فضلاً عن قدرتها على استدعاء هذه المعلومات عن تعرضها للمثير المناسب.

ويلاحظ العلماء والباحثين الذين اهتموا بدراسة حالة أطفال التوحد أن ذاكرتهم ليست انتقائية لعدم قدرة الطفل التوحدي على الاختيار. حيث إنه يستدعى ما حفظ أو عرف دون تبديل أو تغيير في ترتيبه حسب الموقف الذي تعرض له حال التعلم أو التعرف. فهو لا يدرك أسباب التعلم وضرورته، ولهذا يبدو عدم قدرة الطفل التوحدي على الربط بين الأشياء التي تعلمها. وبالتالي فهو لا يستطيع الإفادة مما يتذكره. وقد تأكد هذا الأمر لدى كثير من الباحثين ومن بينهم شاكر قنديل (٢٠٠٠).

على حين وجد بعض الدارسين لذاكرة هذا الطفل أنه قد يظهر تفوقاً في القدرة على تذكر بعض الوقائع التي عايشها، والحقائق التي أدركها دون بذل جهد كبير في التذكر. إلا أنه لا يستطيع توظيف ما تذكره لشيء ما في استدعاء أشياء أخرى أو أحداث معينة. أي أنه ليس لديه القدرة على ربط المعلومة بغيرها. ولهذا قد وصفت ذاكرته بأنها جامدة إلى درجة كبيرة، وأنها إذا تعرضت للاستثارة فإن ذاكرته لا تستجيب إلا وفق ظروف محددة وخاصة. وقد أكد هذا كل من محمد عبد الله (١٩٩٣)، ومارجورى Marjori (١٩٩٤) .

كما يرتبط بالجانب العقلي التحصيلي مدى الانتباه لدى الإنسان، وعند النظر في هذا المدى لدى الطفل التوحدي لاحظ العلماء والباحثون أنه ينتبه للحركات المثيرة أو التنبيهية الموجه إليه بشكل مباشر أكثر من انتباهه للألفاظ والكلمات ، مع عدم الانتباه لمعظم الأشياء المحيطة به. حيث تبين عدم قدرة الطفل التوحدي للاتصال البصري مع غيره مقارنة بالأطفال العاديين. فقد ظهر قصور في مدى الاستجابة لهذا النوع من الاتصال مع الأم عند رعايته الغذائية والصحية وأثناء مناغاته. كما أنه يجد صعوبة في الانتباه للمثيرات الكثيرة المتعددة في وقت واحد. ولهذا يصاب بعدم القدرة على الاستجابة لكثير من المواقف الاجتماعية التي تحدث بينه وبين غيره من الناس. فضلاً عن أنه لا يلتفت تجاه الأصوات التي تصدر عن الآخرين.

وقد تأكد كل ما تقدم من ملاحظات على مدى انتباه الطفل التوحدي لدى كل من ولسون وآخرون Willson et. al. (١٩٩٦) ، وكمال مرسى (١٩٩٩)، وعبد الرحمن عيسوى (١٩٩٩)، وهدى عبد العزيز (١٩٩٩).

من المعلوم أن الإنسان- طفلاً كان أم كبيراً – يعتمد في إدراك بيئته على الحواس الخمس. والأطفال التوحديين شأنهم في هذا شأن غيرهم من الأطفال العاديين ، إلا أنهم يعتمدون في إدراكهم لعالمهم الذي يعيشون فيه على كل من حاسة اللمس، والتذوق، والشم بدرجة أكبر. ولهذا فهم يدركون عن طريق ممارسة الألعاب الحسية، وتبدو أن حواسهم كأنها عاجزة عن إدراك كثير من المثيرات المحيطة بهم.

وقد لاحظ كثير من العلماء والباحثين أن الطفل التوحدي أكثر إدراكاً للأصوات غير ذات الدلالة اللفظية؛ فهو لا يدرك الأصوات الكلامية بدرجة إدراك الأصوات غير الكلامية. وبشكل عام يلاحظ بطئه في الاستجابة للأصوات المرتفعة في الشهور الأولى من حياته، كما أنه لا يستطيع الفصل بين الأرضية والشكل؛ بل يعاني من الخلط بينهما، ولهذا فإن بصر الطفل التوحدي لا يركز على الأشياء والأشخاص. فضلاً عن قلة إدراكهم لمختلف درجات الحرارة، وكذلك مدى التذوق للأطعمة.

هذا؛ وقد تبين للباحثين – أيضاً – أن الطفل التوحدي أقل قدرة على الإدراك البصري ، فهو بطئ في الاستجابة للمثيرات الضوئية. كما أنه أكثر إدراكاً للأشياء المتحركة من الثابتة؛ وإن أدرك شيئاً فإنه يدرك جزءاً منه وليس الكل. كما أنه أقل قدرة لانتقاء أو اختيار المثيرات المتعددة، وخاصة الضوئية منها. وهذا يعنى أن من أبرز خصائصه هو الاضطرابات الشديدة في كل من الإدراك الصوتي، والبصري وكذلك الحال بالنسبة للمس والتذوق والشم. وقد أكد هذا كل من عثمان فراج (١٩٩٤)، وهدى عبد العزيز (١٩٩٩) ، وعبد الرحمن سليمان (٢٠٠١) ، وعادل عبد الله (٢٠٠٢).

الخصائص الوجدانية الانفعالية

يتفق كثير من العلماء والباحثين في مجال دراسة الأطفال التوحديين على أنهم يعانون من الاضطراب الوجداني لديهم، وعدم القدرة على التمييز بين مختلف أنواع الانفعالات. حيث لا يستطيع الطفل التوحدي أن يفرق بين وجه مبتسم وآخر غاضب، وكذلك الأمر بالنسبة للأصوات التي تعبر عن الفرحة أو التي تعبر عن الغضب والحزن. كما أنه كثيراً ما ينقلب من الضحك إلى البكاء دون أسباب بينة أو واضحة. بالإضافة إلى الخوف الشديد، كالاستجابة لمثيرات لا تمثل خطراً أو أذى عليه. حيث إنه لا يميز بين ما هو خطر أو غير خطر من المثيرات. وبشكل عام فإنه يوصف بالتقلب الوجداني. حيث الضحك أو البكاء دون أسباب واضحة أو محددة.

هذا؛ وقد تبين لهؤلاء الباحثين أن الأطفال التوحديين كثيراً ما يشعرون بالخوف، والتوتر الدائم. على حين قد يبدو لدى بعضهم عدم الإحساس بمصدر الخوف وعدم الاكتراث به، وكثيراً ما تكون لديهم حساسية لكل من مصدري الصوت والضوء، والاضطراب الشديد

حيال الأصوات التي لا تستدعي مثل هذا الاضطراب. حيث يكون رد فعل بعضهم للأصوات الخافتة كأنه صوت شديد. وقد يستجيب الطفل التوحدي للضوء البسيط كأنه نار مشتعلة. ومن خصائصه الوجدانية الانفعالية – أيضاً – أنه لا يستطيع استشعار أو ضجر أو ملل مَن حوله من الناس.

وبشكل عام يلاحظ أن الطفل التوحدي ينفصل عن الواقع الاجتماعي الذي يعيش فيه بما يعانيه من عجز شديد في مستوى الوعي بأحاسيس ومشاعر غيره من الناس، ولهذا يتسم بفقدان الاستجابة للمثيرات العاطفية Empath من الآخرين. وهو غالباً ليس لديه الإحساس بالمخاطر الفعلية التي تواجهه ، وهذا ما أكده كل من محمود حمودة (١٩٩١)، ونادية أديب (١٩٩٣، وعثمان فراج (١٩٩٥)، وحمود حمودة (١٩٩٨)، ونادية أبو السعود (٢٠٠٠).

خصائص السلوك والأداء الحركي

من خصائص الطفل التوحدي التي تعلن عن هذه الحالة أنه تكراري ونمطي stereotype الحركة والسلوك بشكل دائم ومستمر. حيث يظل يؤدى حركات محددة في تكرار دون ملل؛ كأن يحرك رأسه أو جسمه أو قدمه أو احتكاك اليدين ببعضهما بطرق اليد اليسري باليمنى أو التصفيق بهما بشكل مستمر، وقد يأتي الطفل التوحدي بأنماط سلوكية أخرى كإصدار أصوات عالية أو خافتة بشكل متكرر، ويحملق لمدة طويلة تجاه المثيرات الصوتية أو الضوئية، أو الميل بالجسم كله في اتجاه معين، والالتزام بنمط من السلوك عند انتقاله من مكان إلى آخر. حيث يسلك الطريق نفسه دون تغيير؛ كالدوران حول ذاته، وحول الأشياء.

كما يكرر الطفل التوحدي بعض الكلمات أو الجمل القصيرة دون مناسبتها للموقف الذي تكرر فيه هذه الكلمات. ويدل هذا على أنه يأتي بالكلمات دون إدراك دلالة معناها. ولهذا فهم يرددون دون فهم ما يقولونه ويلاحظ أن نسبة كبيرة من هذه النوعية من الأطفال لا يصدرون كلمات ذات معنى مقصود أو مفيد؛ حيث تصدر منهم أصواتاً لا دلالة لها على الإطلاق. وهذا يؤكد أن لديهم قدراً كبيراً من الاستثارات الذاتية تدعوهم للحركة الجسمية أو الصوتية تبدأ وتنتهي فجأة.

هذا؛ ويعتبر السلوك العدواني Aggressive Behavior من الخصائص التي تشير إلى حالة الطفل التوحدي، ويأتي هذا السلوك في شكل العدوان على ذاته عند معارضة من يتعاملون معه لتغيير سلوكه. فهو يثور في مثل هذه المواقف؛ فتراه يدور حول ذاته بشكل سريع. بما يؤدي إلى ارتطامه بكل ما حوله من أشياء في المنزل أو حوائطه. أو إلقاء ذاته على الأرض، أو الاشتباك بالضرب بكل ما حوله من الأشياء أو من الرفاق دون إدراك ما يلحق به من الضرر والأذى. وقد يقدم على ضرب رأسه، وشد شعره بدرجة شديدة من العنف، وعض يديه أو أصابعه.

كما يتمثل شكل العدوان على غيره ممن حوله من أفراد الأسرة أو الأقارب أو الأقران في الركل بالقدم، أو العض ، أو استخدام أظافره في إيذاء غيره، وإيلامهم بقرص جلدهم. وقد يحدث ثورة، أو ضجة وصراخاً ، بما يؤدي إلى إزعاج الآخرين، واضطرابهم. بالإضافة على محاولة أخذ الأشياء التي يريدها بالقوة.

وقد توصل كثير من الباحثين إلى صحة هذه الخصائص في دراساتهم، عثمان فراج (١٩٩٤)، محمود حمودة (١٩٩٨)، فضيلة الراوي وآمال حماد (١٩٩٩)، وهدى عبد العزيز (١٩٩٩) .

وقد لاحظ الباحثون على أطفال التوحد أنهم قليلي الحركة الهادفة، وإن وجدت تجدها ذات مستوى متدني من حيث الأداء؛ ولهذا فإن حركتهم للبحث والاستكشاف، وممارسة اللعب قليلة، بل نادرة. حيث تبين عند إقدامهم على اللعب؛ أنهم يلعبون لعباً غير هادف، مع ندرة التنوع والتخيل فيه، ونقص مختلف أنواع اللعب الأخرى التي يقدم على ممارستها أقرانهم العاديين؛ فلا يقدمون على اللعب التلقائي، والتخيلي كما هي الحال عند الأطفال العاديين ناهيك على أنواع اللعب الابتكاري.

كما تبين أن الطفل التوحدي – كما سبق القول – يفضل ممارسة اللعب الفردي دون المشاركة فيه مع الآخرين، وهذا من شأنه أن يدعوه إلى قلة الحركة، وتدني أدائها؛ حيث توصف حركاته بالآلية، كرفرفة الذراعين، والقفز المتكرر، وحركات تعلن عن تكشير الوجه. وبشكل عام ضعف بالتحكم الحركي، ولهذا السبب يتدنى مستوى

المهارة لديهم، بسبب عدم الإقبال على المشاركة في اللعب الجماعي، وندرة وجود نماذج بشرية أمامهم تساعدهم على ممارسة التقليد.

وقد أكد هذا كل من محمود حمودة (١٩٩١)، ونادية لبيب (١٩٩٣)، وبينز وفلدمان Beins & Feldman (١٩٩٦) ، لويس مليكة (١٩٩٨)، وعبد الرحمن عيسوى (١٩٩٩)، وفضيلة الراوى وآمال حماد (١٩٩٩) ، ونادية أبو السعود (٢٠٠٠)، وشاكر قنديل (٢٠٠٠) في دراساتهم على ذوى الاضطراب التوحدي من الأطفال في كل من الجوانب العقلية والابتكارية والاجتماعية والحركية.

خصائص التواصل الاجتماعي

تتمثل خصائص التواصل الاجتماعي لدى الطفل التوحدي فيما يبديه من انعزال عن غيره من الناس، ويبدو هذا واضحاً في انسحابه بعيداً عن الآخرين، وما يظهره من عدم رغبته في إنشاء علاقات معهم. الأمر الذي يؤدى إلى عدم الاندماج فيما يتعرضون له من مواقف اجتماعية. حيث إنهم ليس لديهم القدرة على الاستجابة لكثير من المواقف الاجتماعية داخل الأسرة وخارجها. وهم يبدون أكثر سعادة بانعزالهم وبعدهم عن غيرهم.

وقد لاحظ العلماء والباحثون أن الأطفال والمراهقين التوحديين ليس لديهم قدرة على الاستجابة للمثيرات اللفظية والمواقف الاجتماعية، وبالتالي عدم القدرة على إحداث التواصل مع الآخرين، ومع والديهم، أو إحداث أي شكل من أشكال الترابط الاجتماعي. حيث لا يستجيبون لأية محاولة من محاولات الوالدين للعناق أو أي محاولة من محاولات الاحتكاك الجسدي، كمسك اليد، والضم إلى الصدر، بل قد يصل الأمر إلى إحساسه بالضيق من مثل هذه المحاولات. وهم ليس لديهم القدرة على التأثر بغيرهم على أساس المعايشة الاجتماعية. فضلاً عن عدم استجابتهم لأية صورة من صور التواصل البصري؛ كالاستجابة للابتسامة أو رد الفعل على الغضب ومشاهد الحزن، ولهذا فهم أكثر انشغالاً بالمثيرات الداخلية لديهم، وما ترغبه ذواتهم؛ كالانشغال باللعب بما أمامهم من أشياء أو أصابع أيديهم.

ومن الطبيعي أن يترتب على مثل هذه الخصائص عدم التطور في النمو اللغوي. حيث لا يستطيع الطفل أن يمارس استخدام الكلمات

التي حصّلها إلا عند بلوغه الشهر الثاني عشر أو الرابع عشر تقريباً. وإذا حدث زيادة في معدل النمو اللغوي فإنها تظهر فيما بعد. وكثيراً ما يبدو النمو اللفظي في شكل إصدار الأصوات اللغوية وبعض الكلمات السهلة كثيرة التردد في بيئته. ويعتبر هذا العرض من أهم الملامح لخصائص الطفل التوحدي في هذا الجانب التي يمكن أن يلاحظها الوالدان أو المحيطين به.

ولما كان جانب النمو اللغوي يعد من أبرز خصائص التواصل الاجتماعي. حيث يفتقد الطفل الأداة الأساسية لإحداث هذا النوع من التواصل الضروري لتلبية مختلف احتياجاته الأساسية داخل الأسرة، والمحيط الذي يعيش فيه، فهم لا يستطيعون إدراك معاني الألفاظ أو دلالة مفهوم الكلمات التي يسمعونها من غيرهم. ولهذا فإن الكلمات المستخدمة من قبلهم تعمم على كثير من الأشياء والمواقف، والاحتياجات . وقد تبين هذا بشكل واضح في كثير من دراسات العلماء والباحثين، ومن بينهم: بانارود وجريسون Banyard & Grayson (١٩٩٦) ، وبنز وفلدمان Bens & Feldman (١٩٩٦) ، وأريكسون Erickson (١٩٩٨)، وهيربرت Herbert (١٩٩٨)، وعبد الرحمن عيسوى (١٩٩٩)، وهدى عبد العزيز (١٩٩٩)، وحسن عبد المعطى (٢٠٠١).

كما يلاحظ الباحثون أن الطفل التوحدي لديه فقدان التأثر بكثير من أشكال التفاعل الاجتماعي؛ كأن يرد ابتسامة أو يصدر حركة يد للدلالة على الترحيب، أو مغادرة المكان، أو التعبير عن عودة اللقاء مرة أخرى؛ أي أن الطفل التوحدي ليس لديه القدرة على إقامة أي شكل من أشكال الترابط والتواصل الاجتماعي.

وبناء على ما تقدم من بيان وعرض لكثير من خصائص ذوى الاضطراب التوحدي من الأطفال في جانب التواصل الاجتماعي ذات الارتباط بالتواصل اللفظي والاجتماعي، فإنهم يعانون من عدم قدرتهم على السلوك التوافقي، وإمكانية مواءمة حياتهم في البيئة التي يعيشون فيها. حيث تؤدى عمليات انسحابهم، وعدم قدرتهم على التقليد والمحاكاة، وانخفاض مستوى تحصيلهم اللغوي، وما يرتبط بها من اضطرابات في استخدام ما لديهم منها، لعدم إدراكهم الصحيح للمفاهيم والدلالات اللغوية إلى عجزهم في التوافق الشخصي، والتكيف البيئي، وكلاهما يؤثران بدرجة أو بأخرى على مدى تواصلهم الاجتماعي.

وهكذا؛ تختلف آراء بعض الباحثين عما تقدم من خصائص التواصل الاجتماعي للطفل التوحدي. حيث يرى شاكر قنديل (٢٠٠٠) على أن الأطفال التوحديين الأكثر قدرة يبدون أشكالاً للتواصل الاجتماعي يقترن بدرجة ما من الأطفال العاديين. فقد لا ينفرون من ممارسة الألعاب ذات الاتصال الجسدي. وأن بعضهم قد لا يمانع في الجلوس ملتصقاً بشخص مألوف لديه، أو يعانقه ويحتضنه. وقد يعاني الأطفال الأقل قدرة من القلق إذا غاب بعض الأشخاص المألوفة لديهم.

خصائص المراهق التوحدي

عندما كتب جانك آدمز Janic Adams عن الخصائص الجنسية للمراهق التوحدي؛ أشار إلى أن التوحديين كغيرهم من الأفراد العاديين – كحالة يعايشها في بيته؛ حيث كان لديه طفل توحدي في سن الثانية من العمر – ينمو لديهم الجانب الجنسي كخاصية من خصائص الجنس البشري- إلا أنه يرى أن ما لا يثير المراهق العادي، فهو يثير المراهق التوحدي. وضرب مثلاً لهذا، عندما بين أن ظهور المرأة بالملابس الداخلية قد لا يثير المراهق العادي، إلا أن هذه الصور تعد من المثيرات للجانب الجنسي لدى المراهق التوحدي.

وقد تبين - أيضاً – أن التعامل مع الطفل التوحدي على اعتبار أنه جذاب فيحتضن الآخرين ويقترب منهم وقد يلامسهم، وهم في الوقت نفسه يتجاوبون معه ، إلا أن هذا السلوك لا يكون مقبولاً عند بلوغه ، لما يرتب على هذا من سلوك لا يتفق وحالة المراهق التوحدي . حيث يؤدى هذا إلى ممارسته لعملية الاستمناء.

ولهذا فهو ينصح الآباء والمربين والمعلمين بإكساب الطفل المهارات الاجتماعية المناسبة عند بلوغه، وخاصة فيما يتصل بالمقبول من السلوك أو غيره في هذه المرحلة. كأن يتعلم منذ صغره ألا يفك "أزرار " السروال "البنطلون" قبل دخوله دورة المياه. لأنه إن قبل المجتمع المحيط به هذا في الطفولة ، فإنه أمر غير مقبول في مرحلة المراهقة. وهذا أمر مبدئي ومهم كي يكون مقدمة لإرشاده وتوجيهه عند بلوغه حتى لا يمارس سلوكاً منافياً للعادات والتقاليد الاجتماعية، وخاصة ما يتصل بالجانب الجنسي؛ فعلى سبيل المثال إذا ما حدث إثارة ذاتية تؤدى إلى الرغبة في الاستمناء، فإن ما تعلمه

في الفترة السابقة للبلوغ يساعد الوالدين على التوجيه السليم لعدم ممارسة هذا أمام الآخر. بل والتقليل من الممارسة منفرداً حتى لا يصاب بالأضرار المترتبة على هذه الممارسة (العادة السرية).

كما أنه يمكن أن يتم حل ومعالجة المشكلات التي تواجه الوالدين عند بلوغ طفلهما عن طريق عدم رفضهم، وقبولهم دون شروط مسبقة حتى يمكن التعامل معهم بسهولة ويسر، وأن يتعاملا معه بقدر معقول من العاطفة، وبالقدر المناسب ، بما يساعده على تقبل ذاته وعبور هذه المرحلة بسلام دون حدوث انتكاس لما تم من نمو وتطور في مختلف جوانب شخصيته.

وقد أشار "ديمبر"* Dember إلى أن المراهق التوحدي لا يختلف كثيراً في خصائص النمو الجسمي مقارنة بأقرانه من العاديين. حيث ظهور تغيرات في هذا الجانب تتمثل في الطول، والوزن، والخصائص الجنسية؛ وأنه قد ترتب هذا عدد من المشكلات الجنسية بين المراهقين المصابين بالاضطراب التوحدي، وأنهم يعانون من اضطراب العلاقة بينهم وبين الجنس الآخر مقارنة بالبالغين العاديين نتيجة لاستمرارية انعزالهم، وانطوائهم على أنفسهم.

وبالنسبة للمظاهر ذات الارتباط بالجانب العقلي لدى البالغ التوحدي، فقد وجد بعض الباحثين زيادة القدرة على الإدراك – كما سبق القول – إلا أن دراسة روتر Rutter (١٩٧٠) قد أسفرت عن وجود انخفاض في مستوى النمو العقلي للبالغ التوحدي بينما أشارت نتائج دراسات أخرى على تحسن بسيط في مستوى التحصيل الأكاديمي في الفترة نفسها. فضلاً عن اختفاء قصور الانتباه لديهم.

كما أن التقارير التي أعدت عن المراهق التوحدي تشير إلى زيادة السلوك العدواني لديهم نتيجة لما يلحق به من اضطراب وتوتر في هذه الفترة العمرية بالذات، وتبين ظهور كثير من المشكلات السلوكية نتيجة لما حدث من البلوغ الجنسي، وبسبب ظهور السلوك العدواني الشرس في هذه المرحلة.

---

* مضاوى العتيبى (٢٠٠٣)

هذا ؛ وقد تبين استمرارية قصور التفاعل الاجتماعي عند ذوى الاضطراب التوحدي من المراهقين وأنهم أقل من أقارنهم في علاقاتهم الاجتماعية من المعاقين عقلياً. حيث افتقادهم لكثير من المهارات الاجتماعية ، وقد أكدت دراسات كل من هارنج وبرين Haring & Breen (١٩٩٢)، وفروم بون Frombonne (١٩٩٨) على صحة ما وصفته التقارير التي كتبت عن خصائص المراهق التوحدي.

سمات ذوي الاضطراب التوحدي

إن المتتبعين لذوى الاضطراب التوحدي لتحديد أهم سماتهم الشخصية، يؤكدون على سوائهم من الناحية الجسمية والبدنية، وقد يكونوا طبيعيون في مظهرهم الخارجي. وأنه ليس من السهل تحديد سمات الفرد التوحدي الأساسية؛ لتباين وتعدد هذه السمات من فرد لآخر. حيث أظهرت التقارير التي سجلت هذه السمات أن بعضها يشير إلى الانطواء كسمة رئيسية لدى ذوى الاضطراب التوحدي، وأشار بعضهم أنهم اجتماعيون، على حين اعتبر عدد منهم أنهم يستطيعون التعامل – بقدر معقول – مع غيرهم من البشر. كما أثبتت التقارير – أيضاً – أنهم يتسمون بالعدوان تجاه بعضهم بعضا، أو أنهم يتسمون بالعدوان تجاه غيرهم من الناس.

كما يتسم نصفهم تقريباً بعدم القدرة على استخدام لغة الحوار، وأن حوالي ٢٥% منهم يكررون الكلمات أو الجمل التي يسمعونها، وقد يوجد لدى ٢٥% منهم قدرة على اكتساب المهارات العادية للغة. ولهذا فإنهم من الصعب التعامل ، والتواصل مع العالم الخارجي، مما أدى سمتهم بالانعزال عمن حولهم. الأمر الذي جعلهم يتسمون بالاستغراق في عالم الخيال الذاتي لهم.

ومن أبرز سماتهم – أيضاً – التصرفات الغريبة* ، والعادات غير المقبولة اجتماعياً** بالإضافة إلى ردود الأفعال غير العادية، وغير المتناسبة مع المثير، وفقدان الإحساس بالآلام والجروح. وتجاهل وجود الآخرين من حوله، وكثيراً ما يصاب بحالات غضب

---

* شم الإبط على سبيل المثال.

** كتحريك الأصابع أمام الضوء مع مراقبتها طوال الوقت، واللعب بالأشياء بطريقة غير مألوفة.

شديدة إذا ما تم الاعتراض عليه حال ممارسة سلوك غير مقبول. كما أنهم يبكون لفترات طويلة دون انقطاع.

ومن سماتهم الاعتيادية في ممارسة السلوك بطريقة معينة ومحددة، وإذا ما حاولنا تغيير هذه الممارسات أشتد غضبهم وثاروا، وهم لا يتأثرون بمشاعر الآخرين حتى والديهم، وترديد ما يسمعون دون فهم لما يقال وبالنبرة نفسها، مع عدم القدرة على تواصلهم البصري مع الآخرين، مع عدم تقبل نظرات الآخرين إليهم وإهمالهم، والخوف الشديد من أشياء وأمور عادية ، وليس فيها ما يدعو إلى الخوف، كخوفهم من الأدوات الكهربائية كالمكنسة.

كل هذه السمات – كما سبق القول – رصد لأوليات أمورهم، ومعالجيهم من حالات الاضطراب التوحدي ومعايشتهم، وهي سمات متعددة، ومتباينة، ومتنوعة من فرد إلى آخر، ومن حالة إلى أخرى. وقد تتواجد كلها مجتمعة، وقد يتواجد عدد منها دون الآخر. حيث إنه – الاضطراب التوحدي – حالة توصف بالغامضة لكثرة سماتها، وأعراضها، ومظاهرها، وعدم تحديد أسبابها تحديداً دقيقاً. هذا بالإضافة إلى اختلاف شدة الحالات وضعفها، واختلاف مستويات الذكاء الذي تتمتع به الحالة، ومدى القدرة على التواصل مع الآخرين، والتعامل معهم. أضف إلى ما تقدم وجود حالات تعاني من الإعاقة العقلية الشديدة. بينما يوجد من بينهم من يتمتع بمستوى ذكاء عادى أو فوق المتوسط. ولهذا سعى الذين يعملون في هذا المجال – الاضطراب التوحدي – إلى تحديد مجموعة خصائص أساسية للتعرف عليهم. والكشف الدقيق عن هذه الحالة. كصعوبات التعامل مع غيره ممن يحيطون به. أي الوسط الاجتماعي الذي يعيش فيه، والتأخر البين والواضح في مدى النمو اللغوي، والقدرة على استخدام ما يعرفه، وممارسة أنواع من السلوك ممارسة روتينية اعتيادية؛ مع المحافظة على هذا بشدة، وفقدان القدرة على التخيل أثناء ممارسة الألعاب التي اعتادها . ولهذا فهو تمطي الممارسة في لعبه.

ميول التوحديين

إن القارئ للتقارير التي أعدت عن ذوى الاضطراب التوحدي لا يجد اهتماماً مباشراً بميولهم ومحاولة الكشف عنها، والتعرف عليها. إنما تم الإشارة إلى بعض هذه الميول عن طريق القراءة المتأنية لهذه التقارير، والتي وردت عرضاً فيما قدم من وصف وتحديد لأفراد هذه الحالة.

- فقد لاحظ الباحثون أن الأطفال التوحديين يبدون ميولاً واضحة لاكتشاف أجسادهم وذلك عن طريق اتخاذ أوضاع معينة في حالة جلوسهم أو وقوفهم، بما يبدون من عدم الاهتمام بأجسامهم.
- الميل إلى اللعب بشكل غير طبيعي ولمدة طويلة بأشياء لا يهتم بها الطفل العادي؛ كرباط الحذاء، والحجارة الصغيرة، وغيرها من الأشياء التي لا يلتفت إليها أقرانهم في العمر الزمني. أي الميل إلى الاهتمام بالأشياء أكثر من اهتمامهم بالإنسان.
- الميل إلى ممارسة الحركات التكرارية بصفة دائمة دون ملل لمدة طويلة، وكذلك ترديد ما يسمعونه كأنه صدى الصوت " المصاداه" .
- تتمركز معظم الميول الاكتشافية لديهم على الحواس الخمس، وفي مقدمتها التذوق، والشم، بالإضافة إلى البصر.
- عدم الميل إلى السكون، واستخدام الحركة بصفة دائمة ومستمرة وهذا بسبب زيادة معدل النشاط لديهم.
- كثير منهم يميلون إلى تجاهل الأصوات العالية، والشديدة الارتفاع، وكأنهم لا يسمعون .
- ميل الطفل التوحدي إلى الانطواء والعزلة؛ حيث أنهم يفتقدون القدرة على التواصل اللغوي والاجتماعي مع الآخرين.
- كما أشار "دورمان وليفير" Dorman & Lever (١٩٩٩)* أنهم يميلون إلى ممارسة السلوك الرتيب ليصبح روتينياً في حياتهم، والشدة في كثير من سلوكياتهم.
- الميل إلى تناول أنواع من الطعام غير العادية، وممارسة الألعاب غير المتعارف عليها لدى الأطفال، ويميلون أكثر إلى اللعب بالآلات الميكانيكية، وغيرها من الأجهزة المختلفة.
- وقد أوصى فردريك بوسياسك Fredrick Pociasck (٢٠٠١) بضرورة مراعاة ميول الطفل التوحدي. حيث تبين له من خلال الدراسات والبحوث ، ودراسة الحالات أن الطفل التوحدي يميل إلى إتباع ما يقال لهم حرفياً.

---

*http.//www,dds.ca. gov/autism report 1999. polf

وبناء على ما تقدم من بيان لما استطاع الباحث أن يرصده من ميول الأطفال التوحديين عن طريق قراءة التقارير التي كتبت عنهم، وما ورد عرضاً من مناقشة نتائج البحوث التي أجريت عليهم؛ فإنه يجب اهتمام الباحثين والدراسيين في هذا المجال بميول الأطفال التوحديين؛ بما يساعد على إمكانية الاستفادة من هذه الميول في إرشادهم، وعلاجهم، وتدريبهم، وتأهيلهم. فضلاً عن تعديل سلوكهم إلى ما هو أفضل إذا كانت هذه الميول لا تتفق والواقع الاجتماعي الذي يعيش فيه الطفل التوحدي.



الفصل الرابع
التشخيص وأدواته

- تقديم .
- صعوبات الكشف عن التوحد .
- تشخيص الطفل التوحدي .
  - محددات تشخيص التوحد .
  - التشخيص الجسمي البيولوجي .
  - التشخيص الفارق .
  - التشخيص الإحصائي .
- أدوات التشخيص .
  - الملاحظة .
  - دراسة الحالة .
  - المقابلة .
  - الاختبارات النفسية .
- قوائم التشخيص .
  - القوائم العربية .
  - القوائم الأجنبية .

الفصل الرابع

التشخيص وأدواته

تقديم

تعتبر الأسرة المحك الأول الذي يمكن أن يكشف عن حالة الاضطراب التوحدي؛ حيث إن ملاحظاتها منذ الميلاد على الأبناء تشكل أهمية كبيرة في رصد مختلف أنواع، وأنماط السلوك الصادر عنهم، وخاصة الشاذ منها. بالإضافة إلى الأهل والأقارب المترددين على الأسرة، والذين يعطون اهتماماً بأطفال هذه الأسرة. حيث يلفتون نظرها إلى بعض ما يصدر عنهم من سلوكيات أو تصرفات خاطئة. ولهذا وجب على الوالدين والأخوان معايشة الأطفال ورصد ما يقدمون عليه من ممارسة ألعاب معينة ومتكررة، أو ما يركزون فيه وقتاً طويلاً دون التحول عنه، وغيرها من الأنماط السلوكية الممارسة بصفة دائمة ومستمرة.

هذا؛ وإذا كان للأسرة طبيب خاص لمتابعة الأطفال، فإنه يستطيع أن يسهم بقدر ما في التشخيص المبدئي. حيث إنه يستطيع أن يكتشف بعض الأعراض، كفقدان السمع، أو مشكلات النطق، أو مدى الإدراك العقلي، أو الحساسية الشديدة للأشياء غير المتناسبة مع مصدر الحساسية... وهكذا يمكن أن يكون طبيب الأسرة عاملاً مساعداً للكشف الأولي للاضطراب التوحدي؛ ثم يتم عرض الطفل بعد ملاحظته على المختصين، كالطبيب النفسي، والاختصاصي النفسي. حيث إن مثل هؤلاء المختصين يستطيعون تشخيص حالة الاضطراب التي هم بصددها، وبيان نوعية الاضطراب؛ كالفرق بين اضطراب رات Rett أو اسبرجر Asperger ، ومدى شدة هذا الاضطراب.

كما يتفق كل من يعمل في مجال تشخيص وتحديد فئة ذوى الاضطراب التوحدي على ضرورة الالتزام بأصول علمية معينة ومحددة حتى يكون المعالج على أعلى درجة من اليقين بصحة التشخيص. ومن أهم هذه الأصول : شمولية التقييم وتكامله، وأن تتوافر فيمن يقدم على التشخيص الشروط الآتية:

- أن يقوم بالتشخيص والتحديد مختصون " فريق عمل .. في هذا المجال" وعلى أعلى درجة من التدريب والمران.
- أن تكون أدوات التشخيص معدة إعداداً علمياً دقيقاً؛ وفق الخطوات العلمية المحددة في هذا المجال مع التأكد من ملاءمة الأداة لخصائص واحتياجات الطفل.
- أن يشترك في عملية التشخيص كل من له صلة وثيقة بالحالة كالوالدين والمربين على جانب المتخصصين.
- أن يكتب التقرير النهائي بلغة علمية محددة وبسيطة، على أساس من التدقيق في عملية ربط المعلومات ببعضها ربطاً صحيحاً ، وأن يراعى في هذا آراء كل فرد من أفراد فريق التشخيص.
- ألا يغفل فريق التشخيص أي مجال من مجالات النمو لدى الطفل ووظائفه المختلفة المتعددة.
- ضرورة تواصل أعضاء فريق التشخيص واستمرارية الالتقاء لتقييم الحالة، والحكم عليها باتفاق الجميع.

وقد وضع الخبراء المختصون هذه الأصول الثابتة في عملية التقييم لإدراكهم إشكالية الاضطراب النفسي بشكل عام وتعدد المظاهر والأعراض للاضطراب التوحدي وتداخلها مع غيرها من الاضطرابات الأخرى لدى الأطفال . وفيما يلي عرض وبيان لأشكال هذا التداخل:

- يرى كثير من الباحثين أن أعراض التوحد تتداخل مع غيرها من حالات الإعاقة، كالإعاقات العقلية، والانفعالية، والاجتماعية، والفصام إلى الحد الذي جعل بعض الباحثين يقعون في خطأ التشخيص ويعتبروها حالة فصام.
- عدم ظهور الأعراض التي تشير على حالة التوحد إلا بعد مرور العام الأول من عمره الزمني تقريباً نتيجة لتداخل بعض مظاهر نمو الطفل العادي في هذه الفترة الزمنية مع مظاهر هذه الحالة.
- عدم توافر الجانب الثقافي في هذا المجال لدى أفراد الأسرة؛ فكثير من الوالدين يجهلون معدلات النمو للطفل العادي، فما بالنا بمعدلات النمو بهذه النوعية من الأطفال.
- كما أنه في صعوبات التشخيص لحالة التوحد ندرة انتشار هذه الحالة، مما لا يمكن المشخص من حصر مختلف الأعراض على الطبيعة التي تمكنه من التشخيص الدقيق لحالة التوحد.

- حداثة البحوث التي هدفت إلى دراسة حالة التوحد، والتي كانت تعتمد على معايير غير دقيقة لاشتراك أعراض هذه الحالة مع حالات أخرى في مجال علم النفس.
- التوقف الواضح في عملية الاتصال لديهم والذي يتمثل في عدم التقدم في النمو اللغوي، والتحصيل المعرفي، وبالتالي ظهور الضعف في القدرات العقلية، ومدى الفاعلية الاجتماعية، وعدم التجاوب لعملية التنشئة الاجتماعية.
- كما تتمثل صعوبة التشخيص لحالة التوحد في كثرة عدد أعراضها وتنوعها خلال عملية النمو في كل من الإدراك السمعي، والبصري، واللغوي، وفي كل ما يشير إلى مدى التفاعل بينه وبين غيره من الناس.

صعوبات الكشف عن ذوي الاضطراب التوحدي

يعد تشخيص حالة الاضطراب التوحدي من العمليات شديدة الصعوبة؛ لما لاحظه الباحثون من تعدد مظاهرها، وتباين أعراضها حتى أصبحت أكثر تعقيداً من تشخيص حالات نفسية أخرى. لندرة المعلومات والبيانات والخبرة في هذا المجال؛ كل هذا من شأنه أن يؤدى إلى عدم القدرة على كشف هذه الحالة في بدايتها. أو حدوث خطأ في التشخيص – كما سبق القول – لتداخل كثير من أعراض ومظاهر الاضطراب التوحدي مع غيره من حالات الاضطراب النفسي الأخرى.

إن المتتبع لكل من أجتهد في دراسة حالات التوحد، وخاصة ما يتصل بالتشخيص يلاحظ أنهم يواجهون كثيراً من المشكلات في عملية تشخيص هذه الحالة، لما لها من خصائص ، ومظاهر تتشابه مع كثير من حالات الذهان والفصام والتخلف العقلي، ولهذا فهم يدعون – من خلال تقاريرهم البحثية – إلى الجد في البحث والتدقيق في المعلومات التي يمكن أن تساعد على دقة تشخيص الاضطراب التوحدي.

كما يرى بعض الباحثين أنه يصعب كشف هذه الحالة؛ حيث يبدأ ظهورها في العامين الأولين من الولادة، وتكاد تتفق الغالبية العظمى منهم على أن أعراض هذه الحالة تبدأ قبل العام الثالث من العمر، وأن

بعضهم يرى أنها قد تظهر فيما بعد هذه المرحلة من العمر. أي في حوالي العام الخامس أو السادس. وأنه ليس من السهل تحديد الأعراض أو المظاهر مرة واحدة في فترة محددة. حيث يبدو الهدوء الشامل على حالة الطفل التوحدي في الشهور الأولى من العام الأول، وكأنه طفل عادى فيما يصدر عنه من أنماط سلوكية، فيبدو أنه مطمئن إذا ما ترك وحده دون رفيق، وأنه لا يخشى غيره من الناس؛ وخاصة الغرباء، كما أنه لا يبدى أي شكل من أشكال الارتباط بهم.

ومع هذه الصعوبة في كشف وتحديد حالة الطفل التوحدي، فإن الوالدين، وخاصة الأم تستطيع أن تتبع حالة طفلها إذا ما عرفت علامات ومظاهر نمو الطفل العادي في الثلاث سنوات الأولى. فعلى سبيل المثال عدم إدراك الطفل لأمه في الشهور الأولى من نصف العام الأول، وغياب الابتسامة التي يظهرها الطفل عند رؤية من يعرفه، وخاصة أمه، أو بيان فرحه عندما تقبل عليه لحمله.

محددات تشخيص التوحد

رغم المجهودات التي بذلها كل من كانر Kanner (١٩٤٣)، واسبرجر Asperger (١٩٤٤) وغيرهما ممن تبعوه واهتموا بتشخيص ذوى الاضطراب التوحدي لم يقف حد الاجتهاد عندهم فقط، بل أمتد ليشمل عديداً من الباحثين الذين سعوا لانتقاء واختيار محددات تشخيص هذه الحالة بغرض الوصول إلى ضبط حدودها من المظاهر والأعراض الخاصة بها ومن بين هؤلاء كيرك Creak (١٩٦١) الذي وضع عدداً من السلوكيات إذا ما صدرت مجتمعة من الطفل يعتبر من ذوى الاضطراب التوحدي وهي:

- ضعف شديد ودائم في العلاقات العاطفية مع الآخرين.
- عدم الإدراك بالذات وتحديد هويته.
- التمسك الشديد بالأشياء أو أجزاء معينة منها، والممارسات النمطية دون سبب معلوم.
- الاعتياد على ممارسة الحياة اليومية، ومعاداته أي تغيير يطرأ عليها.
- استجابات غير مناسبة وطبيعة إزاء المعلومات الحسية، مع ضعف شديد تجاه المثيرات مع وجود إدراكية غير طبيعية.
- الخوف الشديد من أشياء عادية أو طبيعية بالنسبة للآخرين، مع شعور بالتوتر والقلق الشديدين دون أسباب معقولة.
- فقدان القدرة على الكلام، وعدم القدرة على اكتساب هذه المهارة.

- ممارسة سلوك غريب في الحركات التي يصدرها، كالمشي على أطراف الأصابع.
- تأخر بيّن في نمو القدرات مع وجود قدرات بارزة غير متوقعة.

كما اعتمد كل من تيلفورد وساوري Telford & Sawery (١٩٦٧) في تشخيصهما للطفل على أساس ثلاث محددات هي: القلق Anxiety ، والانسحاب Withdrawal ، والعدوان Aggression الذي يتسم بالعنف. وقد تبين لهما أن من أبرز مظاهر حالة هذا الطفل؛ الانفصال الشديد عن الواقع، وعدم القدرة على إنشاء وتطوير علاقات انفعالية وعاطفية مع غيرهم، والترديد التكراري للألفاظ أو المقاطع التي ينطقها الآخرون، والاتسام بالجمود؛ أي المحافظة على الأشياء نفسها، ومعارضة أي تغيير – اعتادوا عليه – في الحياة، وتكرارية الأفعال أو الأقوال والثبوت عليها.

بينما رفض روتر Rutter (١٩٧٨) محددات "كيرك" واعتبرها أعراضاً للإعاقة العقلية، وأنها لا تحدد الاضطراب التوحدي، وقدم محددات أخرى رأي أنها يمكن أن تشخص حالة التوحد وهي:
- قصور أو ضعف شديد في النمو العاطفي.
- قصور في عملية التواصل مع الآخرين.
- سلوك متكرر وثابت، مع معارضة لأي نوع من التغيير والتشبث ببقاء كل شئ أو الأمور على ما هي عليه.

مؤكداً على أن هذه المحددات تبدو بشكل واضح قبل وصول الطفل إلى الثلاثين شهر من عمره.

ويرى كل من رتيفو وفريمان Ritvo & Freeman (١٩٨٧) أن مستوى ذكاء الطفل التوحدي يقل عن (٥٠) درجة إذا ما طبق عليه اختبارات الذكاء. وهما يوجهان نقداً لما توصل إليه "كانر" حيث يعترفان بالجهود التي بذلها في الوصول إلى وصف إكلينيكي للتوحديين ، إلا أنه لم يحدد أسساً موضوعية للتشخيص .

وهما يضيفان لكثير مما تقدم من محددات تساعد على تشخيص دقيق لذوى الاضطراب التوحدي مستوى ذكاء الطفل التوحدي الذي يقل عن (٥٠) درجة ، ويتفقان مع غيرهما على عدم الاعتراف بمحددات "كانر" واعتبروها قاصرة للتشخيص الجيد لهذه الحالة من الأطفال.

ويتفق كل من زيدان السرطاوي وكمال سيسالم (١٩٨٧) مع "ريتفو وفريمان" على اعتبار مستوى الذكاء محدداً لهذه الحالة عندما وضعا عدداً من الخصائص التي يمكن الاعتماد عليها لتشخيص الأطفال التوحديين هي: مستوى الذكاء ، والتحصيل الدراسي، والسلوك العدواني، والنشاط الزائد، وتشتت الانتباه والاندفاع ، والقلق، والانسحاب، وسوء التكيف الاجتماعي إلا أنهما يضيفان على ما سبق ذكر عدد من المحددات للتشخيص ، كالنشاط الزائد، وتشتت الانتباه والاندفاع.

وقد انتهي "وارد" Ward (١٩٩٠) إلى الاعتماد على أربعة محكات لتشخيص حالة التوحد عندهم ، وفي مقدمة هذه المحكات: الارتباط الشديد بالأشياء ، وضعف المستوى اللغوي واستخدامه ، وضعف التواصل مع الآخرين، والاعتماد على استخدام الرقابة والروتين، وضعف في الوظائف العصبية. بالإضافة إلى وجود كثير من المحددات التي تعين على عملية التشخيص التي سبق الإشارة إليها.

كما اعتمد عدد من الباحثين في تشخيص حالة التوحد على ما استطاعوا أن يحصوه من مظاهر اضطراب التوحد، واعتبروا أن هذه المظاهر محدداً يمكن الاعتماد عليها في كشف تحديد الطفل التوحدي. ومن بين هؤلاء جابر عبد الحميد وعلاء كفافي (١٩٩١) اللذان اعتمدا على عدد من الأعراض تجمعت في ثلاث محددات هي:

- نقص في الاستجابة للآخرين، ويتمثل في عدم الاهتمام، والفشل لاستجابة لمحاولات التدليل ، ونقص الانتباه للآخرين، وعدم الاستجابة للمثيرات البصرية (استجابة العيون)، واللامبالاة ، والنفور من العاطفة والمودة.
- قصور في عملية نمو التواصل، والذي يتدرج من غياب اللغة الكامل كأداة اتصال إلى القواعد اللغوية كالفشل في استخدام الضمائر، وترديد الأصوات Echolalia ، وعدم القدرة على تسمية الأشياء لغوياً، واستخدام لغة إستعارية خاصة بهم.
- أنماط سلوكية شاذة، كالمقاومة لأي قدر من التغيير وإن كان قليلاً، والتعلق الشديد بأشياء معينة، كالدوبارة ، وسير الجلد، والتصفيق، والحملقة في الأشياء الأسطوانية.

ويلاحظ على هذه المحددات أنها قد أدمجت في ثلاثة أبعاد كل

بعد منها يضم عدداً من المظاهر والأعراض والتي اعتبرت محددات فرعية لحصر الأمر، ومحاولة تسهيل عملية كشف وتحديد الطفل ذوى الاضطراب التوحدي.

ويركز كل من زيدان السرطاوى وكمال سيسالم (١٩٩٢) على الجانب العقلي كأساس يجب الاعتداد به كمحدد لتشخيص حالة التوحد عندما قالا:"إن الأطفال التوحديين يعانون من قصور في عمليات القدرات العقلية ووظائفها؛ وخاصة القصور في التحصيل الأكاديمي، والذاكرة، والانتباه، والإدراك، والتجريد – والتعليم، والتفكير ".

ويشارك بورتر وآخرون Porter et al., (١٩٩٢) كل من سبقوه في اعتبار الجانب العقلي أحد المحددات لتشخيص هذه الحالة عندما أشار إلي أنه يمكن تشخيص حالة الطفل التوحدي بملاحظة الأعراض الخاصة بـ: الأفراد في النشاط الحركي، والاضطراب في كل من الانتباه، والإدراك واللغة. إلا أنهما يضيفان بعد زيادة النشاط الحركي لديه. ويتفق معهما في هذا الرأي عبد المنان معمور (١٩٩٧).

ويوسع رمضان القذافي (١٩٩٤) في عدد المحددات التي يعتمد عليها لتشخيص الاضطراب التوحدي عندما وضع تسعة محددات للحكم بأن الأطفال يعانون من الاضطراب التوحدي:

- اضطراب الكلام أو عدمه: وإذا تكلموا فإن كلامهم غريب، وغير مفهوم أحياناً، مع عدم محاكاة الآخرين في الكلام كغيرهم من الأطفال العاديين.
- عدم القدرة على إقامة علاقات مع غيرهم؛ فهم يرفضون تلقى الحب والعطف، وصحبة الآخرين والاستجابة لتبادل المشاعر مع الوالدين، وغيرهم من الناس، والاهتمام بهم، والملاطفة والملاعبة، بل والعمل على تجنبها.
- إشاعة الحزن عليه دون وعى؛ حيث لا يظهر أي نوع من الانفعالات مهما اختلفت المواقف.
- اضطراب النمو العقلي، وإن ظهر تفوق ملحوظ في بعض المجالات، وظهور بعض المهارات الميكانيكية كتشغيل الإنارة، والأقفال، وحل وتركيب بعض الأدوات والأجهزة، وقد يبدو لدى بعضهم مهارة في العزف الموسيقى.

- إظهار أنماط سلوكية متكررة؛ ويبدو هذا في اللعب بطريقة محددة بالأدوات، وتحريك الجسم بطريقة معينة دون ملل أو إعياء.
- كثرة الحركة أو انتفائها، والجمود التام، فهم إما في حالة سكون تام أو حركة كثيرة، والعزلة عن الناس حسياً وحركياً.
- عدم الإحساس الظاهر بالألم؛ ولهذا فهم لا يقدرون المخاطر التي يتعرضون لها. وبالتالي يتعرضون لها مرة بعد الأخرى مع الأضرار التي قد تلحقهم أو الإيذاء الذي يصيبهم.

بينما يقصرها عثمان فرج (١٩٩٤) إلى ثمانية محددات يعتمد عليها لتشخيص حالة الاضطراب التوحدي لدى الطفل ؛ وهي:

- القصور الحسي: والتي يشير فيها إلى عجز الطفل عن الاستجابة للمثيرات الخارجية سواء كانت هذه المثيرات سمعية أو بصرية، وقصور في الإدراك الحسي وغيرها من العمليات العقلية، كالتخيل، والتذكر، ومعالجة المشكلات والاستيعاب.
- العزلة العاطفية أو البرود الانفعالي: حيث عدم الاستجابة لأية محاولة حب او عطف عليه من الوالدين، وعدم الاكتراث بتدليله أو ضمه وتقبيله، ومداعبته، وأن حضور الوالدين أو غيابهما لا يعني شئ وكأنه لا يعرفهما، ولا يهتم بتواجده مع الآخرين أو إبداء العاطفة نحوهم.
- الاندماج الطويل والسلوك النمطي المتكرر: حيث كثرة الحركات المحددة وتكرارها بشكل متصل ولفترة طويلة. ويبدو هذا في حركة رأسه أو جسمه أو قدميه، أو ضرب اليدين ببعض، أو إصدار أصوات معينة أو همهمة بشكل متكرر ، والحملقة في اتجاه مصدر الضوء أو الصوت والبقاء طويلاً على هذه الحالة.
- نوبات الغضب وإزاء الذات: فالطفل التوحدي أحياناً ما يكون مصدراً سلوكاً عدوانياً نحو أفراد الأسرة أو من يتولون رعايته، ويبدو هذا في عضهم ومحاولة خدشهم أو الركل. أو إتلاف كل ما يكون أمامه من أشياء، وإحداث ضجة وصراخ مستمر لفترة طويلة. وقد يكون هذا العدوان نحو ذات الطفل، بعض ذاته، وضرب رأسه ، وقد يصل الحد إلى الإصابة البالغة.
- القصور اللغوي والعجز عن التواصل: إن الطفل التوحدي لا تثيره الأصوات العالية إلا انه يسمع ارق الأصوات، وأقلها شدة، كحفيف الأوراق الرقيقة. وهذا لا يعنى أنه مصاب بالصم والبكم،

واستجابته للأصوات ناتج عن عدم قدرته على الفهم، وإدراك المعاني. وعندئذ لا يستطيع أن يتقن الكلام للتعبير عن نفسه. كما أنه يصدر أصواتاً غير ذات معنى أو دلالة. ومن يعتني به في عملية تعليمه، فإنه لا يفهم ما يقال له، وإذا قال لا يعدو أن يكون ترديد للصوت بدرجته ونغمته، وفي الوقت نفسه قد يتأخر في الإجابة عن الأسئلة التي يسمعها. ويحصر تحصيله اللغوي في عدد من الكلمات، لا يستطيع استخدامها استخداماً صحيحاً. كما أنه يعمم استخدام ما عرفه من الألفاظ على أي شكل يقاربه.

- **تفكير الطفل التوحدى منصباً على الذات:** وإن جاز إطلاق كلمة التفكير للطفل التوحدي فإننا نلاحظ انه ينبعث عن حاجاته ورغباته، وأهوائه. وهذا من شانه أن يبعده عن واقعه الاجتماعي الذي يعيش فيه لأن كل ما تقدم من دوافع مرتبط بذاته فقط دون أي اعتبار للآخرين. أي أنه يعيش في عالمه الخاص به، وهو يفعل هذا مستغرقاً مع ذاته.
- **قصور في السلوك التوافقي:** ويبدو هذا الجانب في أن ما نلاحظه من سلوك نمطى تكراري يصدر عنه عاجز عن مثيله بالنسبة للأطفال العاديين ممن هم في مثل عمره الزمني، ومستواه الاقتصادي الاجتماعي. ولهذا فهو لا يستطيع إطعام نفسه، ورعايتها، وحمايتها، بل يحتاج لمن يرعاه في كل هذا، لأنه يعجز عن تقدير ما يتعرض له من أخطار.
- **الأفعال القسرية، والطقوس النمطية:** ويبدو هذا في ثورته عن حدوث أي تغيير في سلوكه اليومي أو الواقع الذي يعيش فيه. كأن يغير الكوب التي اعتاد أن يشرب منه، أو تغيير ترتيب نظام الأثاث في المنزل فهو في هذه الحالة يغضب، ويندفع في البكاء. ولهذا فإن ما يأتي به من سلوكيات يعد طقوساً لا تتغير كما هي الحل في كل ما يأتي به من حركات جسمية اعتاد على الإتيان بها.

ورغم أن "عثمان فراج" قد أقتصر على ثمانية محددات أقل مما سبقه إلا أنه قد استفاض في كل محدد وأثبت كثيراً من السلوكيات التي تنتمي إلى المحدد الواحد. وإن هذا أمر مفيد في التوضيح والبيان للمحدد إلا أنه يغرق القارئ في عديد من السلوكيات التي تجعله في حالة حيرة من كثرتها، وأيهما يأخذ، وأيهما يعتمد... وهكذا . كما أنه أفرد بعداً للتفكير. والطفل التوحدي لا يصل إلى حد وصف ما قد يرد على ذهنه من أفكار بأنه تفكير حتى هو قد أدرك هذا عندما أورد عبارته " إن جاز إطلاق كلمة تفكير للطفل التوحدي".

ومع ما قدمه عثمان فراج (١٩٩٤) من بيان واضح مسهب لمحددات تشخيص ذوى الاضطراب التوحدي فإنه قد نبه فيما أورده (١٩٩٥) بضرورة عدم الأخذ بكل السلوكيات من المظاهر والأعراض في كل حالة من حالات التوحد. حيث يرى إن ما قد يظهر من الأعراض في حالة معينة قد لا يظهر في حالة أخرى. وأنه قد يتباين ظهور هذه الأعراض من حيث شدتها، أو مدى استمراريتها، أو السن التي تبدأ فيه الأعراض في الظهور؛ فقد تظهر هذه الأعراض في الست شهور الأولى من الميلاد، وإن كان أغلب ظهورها في العامين الثاني والثالث، أو خلال الثلاثين شهراً الأولى من عمر الطفل.

هذا وقد صنفت الرابطة الأمريكية للطب النفسي نوعين من إعاقة الطفل التوحدي الأولى الطفيلية ذات الأعراض الكاملة، وقد اعتمدت في تشخيصها على المحددات الآتية:

- أن تكون بداية الاضطراب التوحدي قبل سن الثلاثين شهراً.
- عدم القدرة على الاستجابة للآخرين.
- الاضطرابات الشديدة في النمو اللغوي.
- أنماط من الكلام الشاذ والغريب، كتقليد الكلام العادي، وكاستخدام الضمائر مقلوبة .
- الاستجابات البيئية غير السوية؛ كمقاومة التغيير، والاهتمام والتعلق بموضوعات شاذة.
- عدم تواجد أشكال الأوهام، والهلاوس، والكلام غير المترابط كما هي الحال عند الإصابة بالفصام.

ويلاحظ على مجموعة هذه المحددات لتشخيص ذوى الاضطراب التوحدي أنها تعتمد على محددات قديمة، ولم تضع الرابطة في حسابها ما توصل إليه الباحثون فيما بعد من الفصل بين الاضطراب والتوحدي وغيره من الاضطرابات النفسية الأخرى إلى حد ما. حيث يلاحظ من البحوث والدراسات التي توالت بعد جهود "كانر" و"اسبرجر" أنها قد استطاعت أن تفصل ـ بعض الشيء ـ هذا النوع من الاضطراب عن غيره.

كما يتفق فردريك بوساسك Fredrick Pociasck (٢٠٠١) مع غيره في محددات ذوى الاضطراب التوحدي عندما أشار إلى عدم

قدرة الطفل على التعامل في المواقف، ومع الآخرين، وعدم القدرة على التعبير عن عواطفه تجاه أفراد الأسرة، والتعامل معهم بلا مبالاة وكأنهم غرباء ، والقصور في استخدام اللغة والاتصال بالآخرين، وأن هذا يبدو واضحاً في عدم القدرة في بدء الكلام مع الآخرين، أو حتى تكرار ما يقال لهم، والإتيان بحركات سلوكية متكررة.

وأضاف "فردريك وبوسياسك" إلى ما تقدم أنه يمكن الحكم على الحالة بأنها اضطراب توحدى إذا وجد ما يلي:

<u>١- القصور في التفاعل الاجتماعي ويبدو هذا فيما يلي:</u>

أ- ضعف شديد في استخدام السلوكيات غير اللفظية.

ب-حاجتها إلى درجة من العلاقات بين أقرانها بما يتناسب ومستوى النمو.

جـ-فقدان الدافع للإنجاز والاهتمام بالآخرين.

د- نقص في مدى التفاعل الاجتماعي مع غيرها.

<u>٢- ضعف الاتصال بالآخرين؛ ويبدو هذا فيما يصدر من تصرف واحد على الأقل منها:</u>

أ- التأخر أو العجز الكلى في تطور اللغة المتحدثة.

ب-بالنسبة لذوى القدرة على التخاطب، فإن هذا يظهر في بدء الحديث أو الاستمرار فيه مع الآخرين.

جـ-استخدام اللغة المتكررة في المواقف الخاصة.

د- نقص في المظاهر الاجتماعية المناسبة لمستوى النمو.

<u>٣- الأنماط السلوكية المحددة والمتكررة للسلوكيات، والاهتمامات والأنشطه، لما يبدو في واحد مما يلي:</u>

أ- الانشغال بأحد الأنماط المحددة للاهتمام أو أكثر.

ب- الالتزام الشديد بممارسة سلوك واحد محدد لا يشكل أهمية.

جـ- ممارسة سلوكيات حركية متكررة.

د- الانشغال الدائم ببعض الأشياء دون غيرها.

- اختلافهم عن غيرهم من العاديين، مع سرعة الانفصال حالة التدخل في شئونهم، وهذه الحالة أكثر ظهوراً لدى الأطفال التوحديين الذين لم يتعدو خمس سنوات.
- تضارب الاستجابة لديهم تجاه بعض المثيرات؛ فقد يبدو الطفل كأنه مصاب بالصمم أحياناً، بينما قد يستجيب لأصوات أخرى بصورة مُغالى فيها.

ويتضح من عرض "فردريك" لمحدداته أنه قد حصر أهمها في ثلاثة محددات، وأن كل محدد منها يتضمن عدداً من المظاهر والأعراض التي تشير إليه. بالإضافة إلى محددين أثنين يساعدان على دقة التشخيص ووضوحه، والحكم عليه بدرجة عالية من الثقة .

هذا؛ وتضع مضاوى العتيبى (٢٠٠٣) عدداً من المعايير التي يمكن الاعتماد عليها لتشخيص حالة الطفل التوحدي، وهي وجود الأنماط الآتية:

- خلل في علاقات الطفل بمحيطه الاجتماعي.
- فشل الطفل في تطوير قدرات التواصل بشكل طبيعي .
- اهتمام الطفل وأنشطته تكون محدودة، ومكررة، وليست إبداعية.

ومما تقدم يتضح مدى جهد العلماء والباحثين في محاولة الاعتماد على عدد من المحددات الأساسية التي يمكن أن تسهم وتعينهم في عملية تشخيص ذوى الاضطراب التوحدي، ويكونوا على درجة من الثقة بهذا التشخيص. وقد تباين عدد المحددات من باحث إلى آخر حسب رؤيته، وخبرته في هذا المجال؛ فمنهم من اعتمد على ثلاثة محددات، ومنهم من رأي أن تزداد هذه المحددات إلى تسع كي يضمن درجة عالية من دقة التشخيص، وقد تراوح عدد المحددات بين هذين الرقمين. فضلاً عما قدموه من توضيح وبيان لمختلف المظاهر والأعراض التي يتضمنها المحدد الواحد. وقد تراوح عدد المظاهر والأعراض في كل محدد من المحددات التي أقرها الباحث. وكلها محاولات لا بأس بها يمكن أن تسهم بدرجة أو بأخرى في مدى دقة تشخيص هذه الحالة والاعتماد عليها بدرجة عالية من الثقة.

كما أتجه فريق من الباحثين إلى محاولة حصر عملية التشخيص في مجال محدد يساعد على الوصول إلى أفضل وأدق تشخيص لحالة الاضطراب التوحدي؛ ومن هذه المجالات :

التشخيص الجسمي والبيولوجي

أفادت التقارير الطبية الخاصة بفحص مجموعات من الأطفال ذوى الاضطراب التوحدي أنهم يعانون من اضطرابات الجهاز الهضمي. حيث تبين أن لديهم سوء هضم لما يتناولوه من غذاء؛ وفقد كثير من قطع الأغذية غير المهضومة. وتبين وجود اضطراب في عملية الإخراج؛ فهم يعانون من وجود غازات، وتكرار حدوث الإسهال والإمساك، وسوء امتصاص الفيتامينات من الغذاء ، ووجود زيادة في الميكروبات.

كما أشارت نتائج هذه التقارير على وجود قصور في كل من فيتامين (ب ٦) و (ب ١٢) مع قلة فاعليتها. وقلة امتصاص النحاس، والكالسيوم، وكل من فيتامين (أ) و(ب) و(د) و(ط)، مع وجود زيادة في نسبة النحاس في الزنك. ومن أجل هذا ينصح والدي الطفل التوحدي بأنواع الطعام التي تقدم هذه الفيتامينات ، كما يدعو الأطباء الوالدين بالاستعانة باختصاصي في الغذاء قبل تغيير طعام التوحديين، مع الالتزام بقائمة الطعام اليومي وقد أضافت التقارير بياناً يشير إلى ضعف الجهاز المناعي لدى الأطفال التوحديين. حيث ظهر تكرار أ لحالات التهاب ، وخاصة التهاب الأذن.

التشخيص الفارق

بدأ كثير من الباحثين في مجال دراسة الاضطراب التوحدي إلى ضرورة الاعتماد على التشخيص الفارق بهدف تنقية أي عينة من الأطفال التوحديين حتى يسهل وضع وتنفيذ خطط وبرامج العلاج، وتيسير عملية نجاح تنفيذ البرامج، والوصول إلى أفضل مستوى من تعديل السلوك لديهم. حيث تتشابه الأعراض والمظاهر بين حالة الاضطراب التوحدي وبين غيرها من حالات الاضطراب الأخرى؛ كالفصام، والإعاقة العقلية، ومجموعة ـ زملة ـ اسبيرجر Asperger syndrome ، وزملة ريت Rett syndrome ، وزملة الجنس الهن Fraglex syndrome ، وغيرها من أنواع الاضطراب الأخرى. مما يساعد على عدم الخلط بين الأنواع، وتحديد نوع الاضطراب المراد دراسة حالته، وينصب الاهتمام في هذا المؤلف على ذوى الاضطراب

التوحدي. وفيما يلي عرض لبعض الجداول التي تساعد على إدراك الفرق بين ذوى الاضطراب التوحدي وغيره من أنواع الاضطراب الأخرى موضع الاهتمام لدينا.

جدول يوضح الفرق بين الاضطراب التوحدي والفصام

التوحد	الفصام
- يظهر بشكل واضح في مرحلة الطفولة المبكرة . .	- نادراً ما يظهر في فترة الطفولة، وغالباً ما يظهر في بداية المراهقة.
- فحص جيناتهم قد لا يظهر الحالة.	- فحص الجينات يظهر الحالة بوضوح.
- وجود علاقة بين التخلف العقلي والتوحد بنسبة ٧٠ : ٧٧% بين الأفراد التوحديين.	- لا يوجد اقتران بين التخلف العقلي والفصام.
- لا توجد هلاوس . وما يبدو من ضحك الطفل التوحدي بسبب مشاكل حسية.	- يعاني الفصامى من الهلاوس والأوهام واضطرابات من التفكير، والهواجس، والتناقض الوجداني.
- يوجد قصور شديد في التفاعل الاجتماعي.	- لديه القدرة على تطوير العلاقات الاجتماعية.
- نسبة التوحد (٤) ذكور مقابل (١) إناث.	- تساوى نسبة حدوثها عند الذكور مقابل الإناث.
- يعاني من قصور في النمو اللغوي، مع عدم القدرة على استخدام الرموز. مع ندرة عملية تطور اللغة لديه.	- لديه قدرات لغوية عادية يستفيد منها ويستطيع استخدام الرموز، مع إمكانية التطور اللغوي.
- لا يستجيب للمثيرات البصرية، وخاصة التقاء العيون.	- يستجيب للمثيرات البصرية، ونادراً ما يتجنب التقاء العيون.
- حددت البحوث نسبة شيوع التوحد بـ (٢ : ٤) لكل عشرة آلاف تقريباً.	- لا يوجد نسبة قاطعة لشيوع الفصام كما هي الحال لدى التوحديين.
- عادة ما تتراوح نسبة الذكاء لديهم ما بين (٢٠ : ٧٠) درجة.	- عادة ما تكون نسبة الذكاء عادية، وقد تكون أقل من المتوسط.

ومن الملاحظ انه قد تتشابه بعض أنواع السلوك لدى كل منهما، كالانسحاب، والشعور بالوحدة، وعدم القدرة على استخدام الرموز، وعلاقاتهم ببيئتهم. حيث إن علاقة الطفل التوحدي ببيئته غير واضحة كما أن علاقة الفصامى ببيئته مشوهة، إلا أنه يمكن، بل ويسهل الفصل بين الحالتين على أساس استخدام البعد اللغوي. حيث إن الطفل التوحدي لا يستطيع استخدام اللغة في التواصل مع غيره، وكذلك الحال بالنسبة لاستخدام تعبيرات الوجه، والإشارات والإيماءات. لأن الفصامى وإن عان بعضهم من الاضطرابات اللغوية، إنما يسهل عليه استخدام تعبيرات الوجه، والإشارات والإيماءات في عملية التواصل مع غيرهم.

جدول يوضح الفرق بين الاضطراب التوحدي والإعاقة العقلية

التوحد	الإعاقة العقلية
- ليس لديهم القدرة على التواصل مع غيرهم، مع عدم رغبتهم في الاتصال الاجتماعي والتفاعل معهم.	- يتميزون بإمكانية التواصل مع الآخرين، ولهذا غالباً ما تكون لديهم القدرة على التفاعل الاجتماعي مع الناس.
- قد يظهرون أداءً متميزاً في بعض القدرات لديهم؛ كالموسيقى، والحساب.	- تدنى ملحوظ في مستوى قدراتهم في عديد من المجالات.
- ليس من الضروري أن يكون معاقاً عقلياً، لأنه يظهر سلوكاً لا يظهره المعاق عقلياً.	- لديه من أنواع السلوك التي يظهرها، ويتفق الباحثون على أنه من أعراض الإعاقة؛ اللفظي، الإدراكي الحركي.
- لا يوجد لديهم وعى اجتماعي بما يدور حولهم.	- لديه قدرة على إدراك الواقع الاجتماعي الذي يعيش فيه.
- قصور في الجانب اللغوي، وإن وجد لا يحسن استخدامه وتوظيفه.	- لديه قدرة على استخدام اللغة وتوظيفها توظيفاً صحيحاً.
- تكاد تنعدم العيوب الجسمية لديهم.	- يوجد كثير من العيوب الجسمية.
- يجتذب الاخرون ويشد انتباههم لهذا السبب السابق.	- لهذا ليسوا موضع جذب للآخرون.
- ليس لديهم قدرة على التذكر واستدعاء الأحداث.	- لديهم قدرة على تذكر الأحداث فيما يتصل بالذاكرة قصيرة المدى .

تابع جدول يوضح الفرق بين الاضطراب التوحدي والإعاقة العقلية

التوحد	الإعاقة العقلية
- ليس لديه القدرة على المحاكاة والتقليد.	- لديه إمكانية للمحاكاة والتقليد.
- مندفعون، ويتسمون بعدم الاستقرار والهدوء والتشتت.	- أقل اندفاعية، ونشاطاً.

التشخيص الإحصائي

ومن الوسائل التشخيصية للطفل التوحدي التي أعتمد عليها الباحثون التشخيص الإحصائي الذي أصدره علماء النفس الأمريكيين لاستخدامه في تشخيص علمي دقيق للتوحد Diagnostic and Statistical Manual ، وهو يعنى أن يكون هناك تطابق بين مجموعة الأعراض في الزملة الواحدة مع غيرها من الأعراض في مجموعات أخرى. أو أن تتطابق (٦) أو (٨) أعراض من عدد المجموعات التي يعتمد عليها الباحث في التشخيص. كأن تتضمن معايير التشخيص عدد (٦) نقاط محددة من ثلاث مجموعات ؛ (١) و (٢) ، (٣) على أن يكون منها نقطتان على الأقل من المجموعة الأولى.

وقد اعتمد اتحاد علماء النفس الأمريكيين على هذا النوع من التشخيص؛ وذلك بهدف التشخيص العلمى للاضطراب التوحدي، ويضم عدداً من العناوين كاضطرابات النمو الدائمة Perasive (PDD) Developmental Disovder autism واضطرابات النمو غير المحددة Not otherwise specified (PDD-Nos) وغيرها من متلازمة اسبرجر Asperger's syndrome ، ومتلازمة رت Rett's syndrome ، ومن الملاحظ أن الباحثين يختلفون في استخدام هذه المسميات للإشارة إلى التوحديين على أساس ظهور بعض الأعراض وليس كلها. حيث قد يقل عدد الأعراض أو المظاهر من محك إلى آخر.

وبناء على ما توصل إليه كثير من العلماء والباحثين في مجال ضطراب التوحد، واعتبار أن العامل الوراثي من بين العوامل الهامة في تشخيص هذه الحالة . فإنه لابد من مراعاة البعد الوراثي عند التشخيص. حيث تتفق غالبية التقارير على أن (٢%) من أشقاء التوحديين مصابون بهذه الحالة. كما تبين أن وجود حالة التوحد في التوائم المتماثلة أكثر من وجودها في التوائم غير المتماثلة . بارديلي

Paranelee (١٩٩٦) ، لـويس مليكـة (١٩٩٨) . ولهـذا أوجـب تتبـع التاريخ الوراثي لأسرة الطفل، لبيان ما إذا كان فيها إصابات سابقة أو بعـض الأمـراض الوراثيـة الأخـرى التـي تـسبب حـدوث حالـة الاضطراب التوحدي.

ولهذا فإن المعلومات الناتجة عن متابعة الحمل أمر في غاية الأهمية عند تشخيص حالة التوحد. حيث إن معرفة ما إذا كانت الأم قد تعرضت للإصابة بالأمراض؛ كالحصبة الألمانية، أو غيرها من الأمراض الفيروسية التي تسبب حدوث هذه الحالة. ومعرفة ما إذا كانت قد تناولت أدوية دون استشارة الطبيب، أو أقبلت على تناول فيتامينات لم يقرها الطبيب المتابع للحمل . لويس مليكة (١٩٩٨)، وفضيلة الراوي وآمال حماد (١٩٩٩).

ولهذا فإنه يجب تتبع عملية تطور حالة الاضطراب التوحدي ، لما لهذه المتابعة من اهمية في سهولة وسرعة الكشف عن الحالة. ويمكن أن يتم هذا عن طريق معرفة رأي الوالدين وخاصة الأم والمربين في تطور النمو عن طريق ملاحظة ما يطرأ على الطفل من أعراض في بداية حياته. أي منذ ولادته كان تشير إلى الحالة الانفعالية؛ كالبكاء والصراخ، والهدوء الشديد، وعدم الاستجابة للمناغاة، وممارسة حركات غير عادية بيديه... وهكذا . وقد لا تظهر هذه الأعراض في الشهور الأولى من عمر الطفل، وربما تتأخر حتى الشهر الثامن عشر. (هدى عبد العزيز، ١٩٩٩ ؛ وعادل عبد الله، ٢٠٠٢).

أدوات التشخيص

- الملاحظة Observation

عادة ما تستخدم الملاحظة كأداة للكشف عن حالة الاضطراب التوحدي، بشرط أن تتم هذه الملاحظة بشكل مباشر، وأن يقوم بها اختصاصي معد ومدرب على أعلى مستوى من التدريب في الملاحظة بشكل عام وملاحظة الطفل التوحدي بصفة خاصة، وأن يكون على علم ودراية وخبرة بنمو الطفل العادي وتطوره حتى يستطيع أن يتم تشخيص مثل هذه الحالة على أساس من ملاحظة ما يصدر من سلوك، وأفعال، وأقوال تشير إلى أن هذا الطفل ليس طبيعياً؛ وحيث إن سلوكيات الطفل التوحدي فيها كثير من التجاوزات، والانحراف، والغرابة عن سلوكيات الطفل العادى.

فإذا استطاع الاختصاصي ملاحظة سلوك الطفل المراد فحص حالته أن يلاحظ ثلاثة أنواع من السلوكيات – مجتمعة – لدى الطفل كي يمكن القول بأنه يعاني من حالة اضطراب التوحد. مع ضرورة العلم بأنه يجب أن يسجل الملاحظ (٧) مظاهر أو أكثر فعليه تساعد على تشخيص الحالة بصورة دقيقة. بشرط أن يكون على علم بمختلف مظاهر وأعراض الطفل التوحدي. فإنه بهذا يكون قد أسهم بقدر لا بأس به في تحديد حالة الاضطراب التوحدي بشكل مبدئي باستخدام هذه الأداة.

وقد أكد مَنْ يعملون في مجال علم النفس بشكل عام، والتشخيص بشكل خاص على أن ملاحظة سلوك الطفل في المواقف الطبيعية، وأثناء ممارستهم لأي نوع من أنواع النشاط مع الأطفال دون تدخل صناعي في البيئة التي يمارس فيها حياته الطبيعية، يساعد على رصد كثير من المظاهر السلوكية التي تسهم في تشخيص مبدئي لحالة الطفل. وإذا ما أدرك الملاحظ أن سلوك الطفل يشير إلى حالة ليست طبيعية؛ بناء على ما سجله من مظاهر سلوكية صدرت منه خلال نشاطه وتعامله مع أقرانه من الأطفال، فيكون قد أعتمد على الملاحظة العادية.

وعندئذ يستطيع أن يستخدم نوعاً آخر من الملاحظة أكثر مهنية ودقة . حيث يبدأ الملاحظ في تحديد ما يريد ملاحظته من سلوك الطفل، ويدقق النظر في بعض الأنماط السلوكية التي تصدر منه. ويهيئ البيئة بشكل معين، وألعاب محددة تساعد على التأكد من الملاحظة السابقة؛ أي أن الطفل يأتي بأنماط سلوكية تختلف عن غيرها من السلوكيات التي كان من المفترض أن يمارسها كغيره من أقرانه في العمر نفسه. بالإضافة إلى معرفة مدى وجودها وتكرارها أثناء فترة الملاحظة.

كما ينبغي أن يحدد الباحث الوقت الذي سيتم فيه ملاحظة السلوك المراد ملاحظته، وعدد مرات الملاحظة في هذا الوقت المحدد سلفاً، وتحديد المدة الزمنية التي يرى الباحث أنها كافية لرصد وتسجيل السلوك المراد التأكد من وجوده. كما يستطيع الباحث أن يستخدم وسائل معينة للتحقق من صحة الملاحظة التي سجلها الملاحظ كالتسجيل الصوتي. وآلات التصوير كالفيديو. حيث إن استخدام هذه الوسائل تجعل الباحث على درجة من الثقة بنتائج

الملاحظة. بشرط أن يمد الملاحظ بقائمة من المظاهر والأعراض التي يريد التأكد من ظهورها على الأطفال وممارسة الأطفال لها بصفة دائمة ومستمرة أو منقطعة.

ومع عودة الباحثون لضرورة الاعتماد على الملاحظة لرصد وتسجيل السلوك لدى الأطفال، فإنه قد وجه إليها بعض نقاط النقد منها؛ أنها تمد الباحث بكثير من البيانات والمعلومات الكمية ويستطيع إخضاعها للأساليب الإحصائية البسيطة، وأنها تعطي وصفاً شاملاً للأنماط السلوكية. إلا أن هذا الوصف يعد وصفاً ظاهرياً للأطفال دون معرفة ما يكمن داخلهم من حالات شعورية، وأن مثل هذا الوصف الظاهري يفتقد بواعثه، ودوافعه الداخلية. مما يفقد الباحث كثيراً من الأسباب الفعلية وراء هذا السلوك، وفهمه فهماً صحيحاً. كما يؤخذ على نتائجها تدخل ذاتية الملاحظ حال رصده للسلوك المراد رصده.

- دراسة الحالة Case Study

أعتمد كثير من الباحثين والعلماء على أداه دراسة الحالة* كوسيلة من الوسائل الأساسية التي تساعد على تشخيص الحالة وتحديدها. ولهذا تعددت مضامين ومحتويات دراسة الحالة من باحث إلى آخر، ومن حالة إلى أخرى حسب الهدف الذ ى أعدت من أجله، على اعتبار أنها تسهم بقدر كبير في عملية التشخيص الدقيق، باعتبارها حجر الزاوية التي ينطلق منها الباحث للإرشاد والعلاج، حيث إن المعلومات التي تمدنا بها دراسة الحالة تعتبر معلومات شاملة** عن الحالة التي سيتصدى المرشد أو المعالج لعلاجها.

ولهذا لابد أن يراعى معد هذه الأداة أن تتضمن تعدد مصدر المعلومات للحصول على معلومات صادقة، وتفصيلية؛ فلابد من جمع معلومات عن تاريخ نمو الحالة وتطورها في الأسرة Family Record وتاريخ تطور الفرد Individual development والإصابة بالأمراض الجسمية Body diceases، وظروف الولادة، والعوامل البيئية Environment Factors المحيطة بالفرد، لما لها من تأثير على

---

* دراسة التاريخ للحالة Developmental History

** حيث تعطى تفاصيل دقيقة عن الحالة من جوانبها المختلفة، الطبي، والتطور النمائى، والاجتماعي، والانفعالي، والتعليمي، والثقافي، وحالة الأسرة،وعدد أفرادها، وتاريخها الطبي، والجانب النفسي، والمزاج العام للحالة ، والأسرة.

النمو النفسي والاجتماعي لها. وكذلك جمع معلومات عن نشاطها البدني، وجهدها التي تبذله في اليوم، ورغباتها التي تسعى لإشباعها، ومدى انتباهها وتطورها. بالإضافة إلى تثبيت البيانات العامة للفرد.

ورغم اعتراف الباحثين والعلماء بأهمية دراسة الحالة كأداة لجمع البيانات والمعلومات عن العميل فقد وجه لها عدداً من نقاط النقد، منها أنه لا يجب الاعتماد عليها منفردة في التشخيص. حيث إنها لا تمد الباحث بكل ما يريد من مؤشرات وبيانات تعينه على التشخيص الدقيق. وأنها تحتاج في إعدادها إلى أخصائي مدرب وماهر في هذا المجال. وأنها تحتاج إلى تكاليف مادية. إلا أنهم أشاروا إلى قيمتها في التقليل من أخطاء التشخيص الذاتي المبني على خبرات خاصة، ومعلومات نظرية، ولتلافي الجوانب السلبية لابد من وضع ضوابط لدراسة الحالة حتى يمكن أن نثق في مدى صدقها وثباتها قدر الإمكان.

- المقابلة الشخصية Diagnostic Interview

تعد المقابلة من أهم وأبرز الأدوات والوسائل التي تستخدم في مختلف ميادين العلم والمعرفة والثقافة، وهي أكثر أهمية في مجالات التشخيص والعلاج الإكلينيكي؛ بشرط أن يكون الاختصاصي مدركاً تمام الإدراك أنه ليس الهدف منها تشخيص وتصنيف الحالة فقط . بل من بين أهدافها الكشف عن ديناميات الحالة. وأن تعد أسئلتها على أساس أهداف محددة، ذات صياغة دقيقة. بما يساعد على الحصول على المؤشرات والعلامات التي تساعد على التشخيص، وأن يراعى في إعداد المقابلة المستوى العلمي، والمعرفي والثقافي لمن تجرى معهم المقابلة حتى تفهم الأسئلة فهماً صحيحاً، وبالتالي تتم الإجابة عنها بدقة متناهية.

ويشترط – أيضاً – أن يتميز الاختصاصي بخبرات ومهارات عالية في إنشاء وإقامة علاقات صحيحة بينه وبين العميل وأسرته على أساس الألفة Rappor . وأن يكون العطاء المهني الفني على أساس من الثقة المتبادلة بينه وبين العميل، بما يؤدى إلى مزيد من الألفة بين الطرفين. وأن يكون الاختصاصي قادراً على اكتشاف دوافع اللاشعور لدى مَنْ يجرى معه المقابلة، سواء كان العميل أو أفراد أسرته. ولهذا كانت نصيحة كانر Kanner (١٩٥٣) للاختصاصي بعدم الإلحاح أو التسرع في طلب الإجابة عن الأسئلة، أو توضيح ما يبدو غامضاً من الإجابة أثناء إجراء المقابلة.

هذا؛ ولابد أن يكون الاختصاصي مدركاً تمام الإدراك الفرق بين مقابلة التشخيص المبدئي، ومقابلة التصنيف، ومقابلة التمهيد للعلاج النفسي، ومقابلة ما قبل ، وما بعد إجراء الاختبارات النفسية وتطبيق البرامج العلاجية. حيث إنه تختلف أهداف وأغراض كل مقابلة عن الأخرى عند إعدادها. لأن مقابلة تقدم معلومات وإشارات تختلف عن الأخرى .

إن كل مقابلة من هذه المقابلات يترتب عليها اختلاف في نوعية الخدمات من إرشاد وتوجيه، أو التشخيص، والتصنيف، أو تهيئة العميل لأداء ما سيجرى عليه من اختبارات نفسية. بالإضافة إلى ما يمكن أن تقدم من المعلومات التي يستفاد منها في معرفة مدى صدق نتائج الاختبارات.

هذا؛ ويوصى كثير من يعملون في هذا المجال أن تكون المقابلة الإكلينيكية على درجة من الصدق والثبات، كأساس للاطمئنان على المعلومات والمؤشرات التي تستمد من هذه المقابلة ومن أجل هذا أكدوا على أن تبنى المقابلة على أساس من المعايير التشخيصية المعترف بها في هذا المجال. وألا تزيد فترة تطبيقها عن ساعة ونصف على الأكثر حتى يستطيع أن يتوصل الفاحص على معلومات حقيقية ودقيقة.

كما يوصى الخبراء في استخدام المقابلة – وخاصة التشخيصية – أن يوضح هدف وغرض إجراء المقابلة مع العميل، وبيان أسباب إجراء المقابلة معه والهدف منها، وإعطاء بعض الإرشادات الضرورية واللازمة لنجاح المقابلة في تحقيق الغرض منها، وأن يطمئن الاختصاصي العميل أن كافة المعلومات والبيانات التي تجمع عن طريقها هي معلومات سرية للغاية، ولا يسمح لأحد الإطلاع عليها سوى المعالج النفسي، وأن للاختصاصي حرية استخدام طريقة التسجيل – حسب حالة العميل – التي يقدرها بخبرته، وإما أن يكتب الإجابة فوراً، أو كتابتها من الذاكرة بعد الانتهاء منها، أو أن يسجل كل ما يجرى، وما يبدو أثناء المقابلة تسجيلاً حرفياً، أو أن يستخدم التسجيلات الصوتية أو المرئية بعد موافقة العميل، وأن يقوم الاختصاصي بتقدير إجابات العميل على مقياس للتقدير معده مسبقاً.

ومع الإشادة بأهمية المقابلة التشخيصية وما تنتهي إليه من نتائج بحثية، وتوضيحية لحالة العميل إلا أنه قد وجه إليها عدداً من نقاط النقد منها؛ أن الاختصاصي قد يتحيز أثناء إجراء المقابلة بناء على فهمه لبعض الإجابات، وبالتالي يفسرها تفسيراً ذاتياً. كما أنه قد يقدم على إجراء المقابلة ولديه إطاراً نظرياً يتبناه، أو أحكاماً مسبقة. وهذا من شأنه يقلل من موضوعية ، ودقة النتائج المبنية على إجرائها، وقد يقدم الاختصاصي بعض الإيحاءات – أثناء المقابلة – والتي من شأنها أن تستدعى استجابة ليست دقيقة ، وأن المجيب عن أسئلة المقابلة قد يعطى استجابات مضللة بناء على إدراكه لبعد الاستحسان الاجتماعي.

- الاختبار النفسي Psychological test

يتفق المشتغلون في مجال علم النفس عامة، وعلم النفس الإكلينيكي خاصة على أن الاختبارات النفسية أداة أساسية لاختيار عينة معينة أو تصنيف العينة إلى مجموعات للبحث والدراسة ، وأنها أكثر أهمية في التشخيص والتقييم. وأنها من الأدوات الأكثر إمداداً للباحث بالمعلومات الدقيقة، وخاصة فيما يتصل بالتشخيص كأساس لإجراء عمليات التوجيه والإرشاد، والعلاج النفسي. حيث إنه من أدق الأدوات التشخيصية التي يثق فيها الباحث؛ لما تقدمه من بيانات ومعلومات، وإشارات على درجة عالية من الصدق والثبات، لأنها تعتمد في تصحيحها على أساس من القياس والتطبيق الدقيق الذي يتميز بالموضوعية، والذي يتم وفق الضبط والخطوات العلمية البحتة.

هذا؛ ويمكن تطبيق الاختبار النفسي على المستوى الفردي، والجماعي حسب الحالة المطلوب قياسها أو تشخيصها، ومدى الدقة المطلوبة في قياسها، وفيما يلي ذكر لعدد من الأدوات التي تندرج تحت الاختبار النفسي، وهي قوائم تشخيص حالة الاضطراب التوحدي .

قوائـــم التشخيـــص

- القوائم المعدة والمعربة

القائمة	المؤلف
قائمـــة تقـــدير الـــسلوك التوحـــدي (١٩٨٥)و(١٩٩١)	السمادونى (الأردن)
مقيـــاس تقـــدير الـــسلوك التوحـــدي (١٩٨٧)و(١٩٩٧)و(٢٠٠١)	عبد الفتاح غزال
قائمة تشخيص إعاقة التوحد (١٩٩٤)	ماجد عمار
قائمـــــة الأعـــــراض للتوحـــــد (الوالدين،الباحث) (١٩٩٤)	عمر بن الخطاب بن خليل
مقياس الطفولة الذاتوية (١٩٩٩)	حسن الدفراوى
قائمة تشخيص الأوتيزم (١٩٩٩)	هدى عبد العزيز
مقياس الطفل التوحدي (١٩٩٩)	عبد الرحيم بخيت
مقياس تقييم التوحد (١٩٩٩)	سهام عبد الغفار
قائمة السلوك التوحدي (٢٠٠١)	هالة فؤاد كمال الدين
مقياس تقدير التوحد الطفولى (٢٠٠٢)	طـارق الـشمرى وزيـدان السرطاوى
دليل ملاحظة السلوك التوحدي (٢٠٠٢)	نادية إبراهيم أبو السعود
مقياس الطفل التوحدي (٢٠٠٣)	عادل عبد الله
قائمة تقدير السلوك التوحدي (٢٠٠٤)	نايف عابد الزارع

- القوائم الأجنبية :

- Diagnostic Checklist for Behavior Disturbed Children. (DCHBDC) (Form E-2) by Rimland, 1971.
- Behavior Rating Instrument for Autistic & Atpical children. (BRIAAC) by Rutenberg, Kalish wenar & Wolf, 1977.
- Behavior Observation Scale (BOS) by Freeman, Aitvo, Guthier, Scorth & Ball, 1978.
- Autistic Behavior Checklist (ABC) by Krug, Arick & Almond, 1980.
- Behavior Observation System for Autism (BOC) by Shopler & Mesybov, 1980.
- Autism Descriptors Checklist, (ADC) by Fridman, Wolf & Cohen, 1983.
- Childhood Autism Rating Scale, (CARS) by Schopker, Recheler

& Runner, 1988.

- The Autism Diagnostiv Interview, Revised, (ADI-R) by Lecouteur, Rutter, Lord, Rios & Mclennan, 1989.
- Gilliam Autisng Scales (GARS)
- Rea-Life Rating Scales (RLRS).
- Checklest of symptoms of Early Infantile Autism (CSEIA)
- Checklist FOT Autism in Toddler's (CHAT).
- Pre-Linguistic Autism Diagnostic Observation Schedule (PL-ADOS).
- Screening Test for Autism in Two-Years Olds (STAT).
- Infant Vehavior Summarized Evaluation (IBSE)

الفصـــل الخـــامس

خطوات الإرشاد والعلاج وأنواعه

- تقديـــم.
- خطوات الإرشاد والعلاج .
- طرق العلاج وأنواعه .
- البرامج العلاجيـــة .
- دور الأسرة في العلاج .
- دور المدرسة في العلاج .
- أمل النمو والتطور لحالات التوحد .

الفصل الخامس

خطوات الإرشاد والعلاج وأنواعه

تقديم

بناء على صعوبة تشخيص حالة الطفل التوحدي، والإلمام بكافة أسبابه، واختيار أو انتقاء طرق وأساليب علاجه، فإنه لابد من السعي حثيثاً لاكتشاف هذه الحالة مبكراً حتى يمكن إعداد العدة للتدخل المبكر Early intervention في إحداث أفضل، وأكبر قدر من النمو يساعد على نجاح إجراءات العلاج عند الدخول فيها، وما يترتب على هذا من توفير مناخ نفسي واجتماعي أفضل داخل الأسرة يهيئها للتعامل بدرجة من التفاعل الايجابي مع الطفل لإحداث تقدم في النمو وتعديل السلوك، ودرجة التفاعل الاجتماعي لديه.

كما أن التدخل المبكر للكشف عن حالة الاضطراب التوحدي تفيد في استبصار الأسرة استبصاراً صحيحاً بالحالة وإمدادها بكافة البيانات والمعلومات التي تساعدها على حسن التعامل مع الطفل، وكيفية الإرشاد والتوجيه له بالإضافة إلى معرفة نوعية الخدمات التي ينبغي أن تقدم له حتى تحرز درجة من درجات النمو والتطور الإيجابي للحالة. فضلاً عن إمكانية تقديم بعض أنواع العلاج الطبي، والغذائي، والرعاية الصحية والنفسية بشكل عام.

وتعتبر عملية الكشف المبكر لحالة الطفل التوحدي غاية في الأهمية بالنسبة لما يمكن أن يكون عليه مستوى النمو والتطور، لأنه هذا الكشف يساعد على التدخل المبكر وتلافي كثير من الظروف البيئية والأسرية السلبية التي تؤثر بدرجة أو بأخرى على مدى شدة الحالة ونوعيتها. كما يساعد على إتاحة فسحة من الوقت لاختيار الاستراتيجيات ونوعية العلاج، وانتقاء الأساليب والوسائل المعينة لعملية العلاج أو التعلم أو التدريب والتأهيل.

كما أن المتابع لعلاج حالات ذوى الاضطراب التوحدي، وطرق علاجهم، يرى أن كثيراً ممن يعملون في هذا المجال؛ أنه لا

توجد طريقة واحدة، ودواء بعينه، أو أساليب محددة منفردة عن غيرها لعلاج هذه الحالات. وأنه توجد مجموعة من كل ما تقدم – حسب حالة التوحد – يمكن أن تؤدى إلى تحسن حالة الطفل التوحدي؛ بما يساعد على إمكانية ممارسة حياته بشكل طبيعي. وأنه لابد أن تشتمل هذه المجموعة على مراعاة ثلاث جوانب – على سبيل المثال – الجانب النفسي والاجتماعي، والدوائي.

وإن كان من المعالجين للاضطراب التوحدي وأسرهم قد أقروا أنه يوجد بعض أنواع الدواء، أو العقاقير التي أفادت في تخفيف حدة الاضطراب، وتحسين السلوك المرتبط بالتوحد. وأن الالتزام بنظام غذائي محدد، يتوافر فيه المعادن والفيتامينات التي من شأنها أن تسهم في تحسين سلوكهم. حيث إن مثل هذا النظام يساعد على سهولة هضم الطعام، والاستفادة الكاملة به. فضلاً عن تحسن استجاباتهم الشعورية وتفاعلهم مع الآخرين. وبناءً على ما تقدم فإن تحسن حالة ذوى الاضطراب التوحدي وفق البرامج الغذائية أو العلاجية أو التعليمية أو التدريبية والتأهيلية، لابد من إتباع، بل والالتزام بخطوات إرشادية وعلاجية محددة، وموافقة لحالة الطفل التوحدي. وفيما يلي بيان بعرض وبيان لهذه الإرشادات والخطوات:

خطوات الإرشاد والعلاج للطفل التوحدي

يتفق المهتمون بدراسة وعلاج الطفل التوحدي على ضرورة الالتزام بقواعد، وأصول، وخطوات عملية في حالة الإقبال على التوجيه أو الإرشاد والعلاج عند التعامل مع حالة ذوى الاضطراب التوحدي. حيث إنه من المعلوم أن مثل هذه الحالة تعاني من عدم القدرة على الاستجابة لكثير من المثيرات باستجابات صحيحة، وفي الوقت نفسه ليس لديها القدرة على توصيل أية مثيرات، أو أية معلومات لغيره من الناس. ومن هذا المنطلق يتبين لنا مدى ما يعانيه الطفل التوحدي من اضطراب في السلوك، ومن عدم قدرته على توافقه، وتكيفه في الوسط الاجتماعي ، والبيئة التي يعيش فيها.

وإذا كان هذا رأي مَنْ يدرسون ويعملون – كمعالجين – للطفل التوحدي، وإدراكهم لحالته، ومعرفتهم لإعاقته، ومدى شدتها، فإنه ليس من المستغرب أن يكون غير قادر على فهم واستقبال الرموز، وأنه إذا تلقى بعضها فلا يستطيع أن يفهمها، أو يدرك دلالتها. ولهذا يؤكد الباحثون على أن هذا التوصيف لحالة الطفل التوحدي هو الذي

أدى إلى القصور في كثير من جوانب النمو اللغوي والانفعالي والاجتماعي. الأمر الذي دعا الجميع إلى تحديد عدد من الخطوات الإرشادية والعلاجية. بما يساعد ويسهم في تحسين حالة نمو الطفل التوحدي. وفيما يلي عرض لعدد من هذه الخطوات.

وفي مقدمة هذه الخطوات الإرشادية، والعلاجية التي يجب أن يلتزم بها المشرف او المعالج <u>تحديد الأهداف العامة والخاصة المرجو تحقيقها تحديداً واضحاً ودقيقاً</u>؛ كأن ينظم المعالج كيفية التعامل مع الطفل التوحدي لدفعه للمشاركة مع الآخرين في اللعب، أو الإتيان بسلوك معين، أو تعليمية نطق الألفاظ بطريقة صحيحة، وإكسابه عملية التعاون مع غيره. والمحافظة على نظافته.. بشرط أن تتم صياغة هذه الأهداف صياغة علمية إجرائية، حتى يمكن تقييم النتائج تقيما علمياً.

- <u>أن يتحلى المرشد أو المعالج بقدر كبير من الصبر، وطول البال</u> حال التعامل مع حالة الاضطراب التوحدي حيث عادة ما يكون مثل هذا الطفل غير منتبه لما يقوله، وأن استجابته ليست حاضرة لديه بصفة دائمة لاتسامه بالتشتت وعدم الانتباه للمثيرات.
- <u>ضرورة انتباه المرشد أو المعالج، وإدراكه لمختلفة الملاحظات</u> بدقة متناهية لمعرفة ما لدى الطفل التوحدي من إمكانيات، وقدرات يمكن استخدامها، واستثمارها فيما يساعد على تعديل السلوك، وإكساب بعض المهارات (كلارك Clark ، ١٩٦٥) ، و(فيرنو Furneau ، ١٩٦٩).
- <u>أهمية تهيئة مناخ نفسي جيد</u> ؛ بما يمكن كل من يشتركون في الإرشاد او العلاج – الاختصاصي في تعليم الأطفال التوحديين، والأم ، وكل من يتعاون معهم – لإحداث الألفة، والود بينهم وبين الطفل حتى يتمكنوا من تحقيق قدر من التواصل الذي يساعد على تعليمهم أو تدريبهم أو تأهيلهم.
- <u>أهمية إقامة علاقة إنسانية ودية مع حالة التوحدية</u>، بما يساعد على إخراجها – إلى حد ما – من العزلة التي يعيشها، وبما يساعدها على عدم الانسحاب من المواقف الاجتماعية الضرورية لاستمرار حياتها بشكل طبيعي، بعد تهيئته للتعامل مع الواقع الاجتماعي والبيئة التي يعيش فيها.
- <u>ضرورة توفير فريق من الإختصاصيين لممارسة العمل</u> – كالإرشاد او التوجيه أو العلاج أو التدريب والتأهيل – مع الحالة

التوحدية على أساس من العلم والمعرفة والخبرة بالحالة وأبعادها.

- ومن الخطوات الهامة في علاج بعض الأطفال التوحديين التي أسفرت عن نتائج إيجابية في حالتهم: **هي محاولة حمل الطفل التوحدي، والالتصاق به بطريقة تظهر المحبة والحنان.** الأمر الذي أدى إلى حدوث الاستجابة الإسترخائية، والتي يعلن عنها فيما يبديه من انفراج أسارير وجهه أو ابتسامته. وهذا يتطلب من المعالج مزيداً من الصبر، والالتزام بتكرار هذه المحاولة لعدد من المرات، ولفترات زمنية طويلة.

- **وبناء على طبيعة الفروق الفردية لدى الأطفال التوحديين** كغيرهم من العاديين، كأمر فطرى خلقه الله في الإنسان لإحداث التعاون والتآلف والتكامل والتضامن بين أفراد المجتمع. وهذا ما لاحظه الباحثون عند دراستهم لذوى الاضطراب التوحدي. حيث تبين وجود فروق بين هذه النوعية من الأطفال في مدى التواصل وكيفيته. الأمر الذي يدعوه إلى دراسة هذه النوعية من الأطفال للكشف عما لديهم من المهارات اللغوية، ومستواها لتدعيمها، والعمل على تنميتها، واستثمارها إلى أقصى حد ممكن كل حسب ما لديه من هذه المهارات، وحسب مستواها.

- **وبناء على اعتراف الباحثين بوجود بعض القدرات لدى ذوى الاضطراب التوحدي؛** كالقدرات العقلية، والإبداعية. فقد دعوا إلى ضرورة الاستفادة منها، وحسن استثمارها وبذل الجهد لكيفية تنميتها، وتطويرها ، بما يمكن أن يمارسه الطفل التوحدي من الانتباه، وتعزيز المحاكاة والتقليد اللذان يعدان البدايات الأساسية لتحسين مستوى أدائهم؛ كل حسب ما لديه من هذه القدرات، وحسب مقدارها.

- وبناء على ما توصل إليه الباحثون والمعالجون من **تحديد الفترة الزمنية للتعليم أو التدريب أو التأهيل للأطفال ذوى الاضطراب التوحدى والتي تتراوح ما بين (١٠ : ١٥) دقيقة**، فإنه ينبغي الالتزام بمثل هذا التحديد للفترات الزمنية التي يستطيع الطفل التوحدي تحملها، والوصول إلى نتائج إيجابية تبدو في تحسين حالته وتحقيق الأهداف المرجوة من العمليات التعليمية أو التدريبية أو التأهيلية. حيث تبين تحسن قدرة الطفل التوحدي على التركيز والانتباه حتى لا يتصرف عما هيئ له، ويتمكن من استيعابه شيئاً فشيئاً. وليس هناك ما يمنع زيادة هذه الفترة طالما لاحظ المعلم تقبله لهذه الزيادة.

- أكد الباحثون على أهمية **التدريب المستمر بالنسبة لذوى الاضطراب التوحدي بما له من أثر إيجابي في تحسن مستوى أدائهم وتحقيق الأهداف المتطلع إليها**. حيث تبين ان التدريب المستمر والدائم على الانتباه لمختلف المثيرات المحيطة بالطفل التوحدي، بما يدفعه للتعبير عن مدى انتباهه لهذه المثيرات عن طريق الحركة، أو الإشارة أو الإيماءة. (بيرس Pierce ، ١٩٩٦)، و(دبري Woodbury ، ١٩٩٦) ، و(فيلي Veale ، ١٩٩٨).

- **ضرورة إعداد وبناء برامج خاصة إرشادية، وأخرى علاجية لكل المهتمين برعاية وعلاج الطفل** الذي يعاني من حالة الاضطراب التوحدي، وخاصة كل من الوالدين، والمربين، والمعالجين على أساس من الدراسة العلمية الدقيقة لحالة كل طفل توحدى على حدة، وعلى أساس الخطوات العلاجية التي أثبتت نجاحها في دراسات سابقة.

- **يجب أن يدرك المعالج حالة الطفل التوحدى بمختلف أبعادها، ومستواها**، والمواقف التي قد تستثيره؛ كتغيير الاشياء التي اعتاد على ممارستها، أو الاحتكاك الجسدي الذي يؤدى إلى إثارته، أو انفعاله بشكل شديد.. حتى يمكن أن يأخذ خطوات فعّاله في إمكانية إقامة علاقات معه.

- **إذا رأى المعالج أى ضرورة لتغيير الروتين المعتاد في ممارسات الطفل التوحدي**، فإنه لابد ان يراعى حدوثه بقدر من التعقل الشديد، وبتدرج يقبل، مع الاحتفاظ ببعض ما أعتاد عليه الطفل من روتين في حياته اليومية.

- كما ينبغي أن يكون المرشد أو المعالج على درجة عالية من **الفهم الجيد والدقيق لحالة التوحد** التي هو بصدد العمل معها وإرشادها أو علاجها، وان يكون الحديث واضحاً ومباشراً. حيث إنه وجد أن كثيراً من حالات التوحد لديها القدرة على إدراك وفهم الحديث أو لغة الجسد أو نبرات الصوت.

- **أن يقوم المرشد أو المعالج بانتقاء الكلمات أو الألفاظ أو الجمل البسيطة السهلة بما يساعد الطفل التوحدي** على سرعة وسهولة اكتساب مستوى من النمو اللغوي، كان تكون الكلمة ضمن قاموس الطفل، وأن تكون الجمل قصيرة وبسيطة وسهلة، حتى يتمكن من فهم التعليمات التي تلقى عليه، ويستجيب لها، فيسهل إحداث قدر من التواصل بينه وبين من يحيطون به من الناس.

- إذا حدث وأثير غضب الطفل التوحدي أثناء ممارسة العلاج؛ **فإنه**

ينبغي على المعالج أن يتعامل مع الموقف على أنه أمر قد يحدث من الحالة على اعتبار ان هذا الغضب احد خصائصها او من صفاتها، وألا يتعامل معه بشكل شخصي بحت.

- ومن الأمور الأكثر أهمية وطلباً في علاج الطفل التوحدي، أن يقوم المعالج على تحقيق قدر من الثبات الانفعالي لهذا الطفل، ويمكن ان يتم هذا إذا استطاع المعالج ان يشبع قدر معقول ومناسب – حسب الحالة – من الإشباعات التي يتطلبها مثل هذا الطفل.
- كما يجب ألا يغفل المعالج أهمية عدم وقوع الطفل التوحدي في مواقف الإحباط. بل ويركز على عملية تدعيم وتعزيز كل سلوك يشير إلى نجاح الطفل في تعديل او تغيير سلوكه. حيث إن مثل هذه اليقظة و هذا الأسلوب يساعد الطفل على الإحساس بذاته من خلال تشجيع الآخرين له.
- ومع إدراك حالة الطفل – كما سبق القول – فإنه يجب على المعالج، ومن يهتمون بعلاج الطفل التوحدي أن تكون خطوات العمل لإحداث قدر من التفاعل، والتواصل بينه وبين غيره من الناس محسوبة حساباً دقيقاً، وان تتسم إما بالبطء، او التوسط – حسب الحالة ومستواها – حتى نهيئ له مناخاً نفسياً أكثر استقراراً بعيداً عن مواقف الإحباط و القلق.
- أن يهتم المعالج بتهيئة مناسبة، ومألوفة- ذات مثيرات محسوسة بعيداً عن المجردات – لحالة الطفل ؛ بما يساعده على النمو والتطور في الاتجاه الإيجابي لنمو الجانب العقلي، وتحقيق الاستقرار النفسي بتعديل سلوكه، وتحسن حالته.
- أن يستخدم المعالج كافة الأساليب، والفنيات في مختلف النظريات؛ بحيث تكون أكثر مناسبة في علاج الطفل التوحدي؛ سواء كانت هذه الفنيات أو الأساليب المستمدة من نظرية التحليل النفسي أو المدرسة السلوكية أو غيرهما؛ مع الأخذ بكل ما يفيد هذا الطفل من نظرية من نظرية أصحاب المذهب الإنساني، والتي من شأنها أن تسهم بقدر كبير وفعّال في نمو الطفل التوحدي لاهتمامها وتركيزها على الجوانب الإيجابية لدى الإنسان.
- أن يقدم للطفل التوحدي أنواع النشاط التي يمكن أن يمارسها، ويسهل القيام بها؛ بما يساعده على الإحساس بانه يستطيع ان يفعل شيئاً، أو ان لديه القدرة على المشاركة في واقعه الاجتماعي الذي يستحسن هذا العمل. وعلى سبيل المثال – لا الحصر –

استخدام الموسيقى كنشاط يميل إليه، أو تكون موضع اهتمامه، ولديه قدر من المهارة فيها، أو ممارسة الأنشطة الإيقاعية المحببة إلى نفسه. أو أي نشاط من شأنه أن يشعره بالمتعة وبذاته.

- وقد أكد الباحثون أن من بين الخطوات الإيجابية لنمو العلاقات الاجتماعية بين الطفل التوحدي وغيره من المحيطين به، **استخدام الأنشطة ذات الاتصال بالجانب الجسمي أو البيئة**، كأن يمكنه من هز رأسه أثناء التعامل معه في الجلسات العلاجية. حيث إن هذا يساعده على تقدمه في التواصل مع غيره لإدراكه أن هذه الحركة – هز الرأس – تحمل دلالة معينة وتفيد معنى معين لديه يفهمه الآخرون.
- **يمكن أن يركز المعالج تدعيمه أو تعزيزه على الاستجابة الايجابيه الصحيحه، وفي الوقت المحدد** حتى يستفيد الطفل التوحدي من خطوات العلاج، وتأتي بالنتائج المتطلع إليها من الأهداف المحددة بدقة سلفاً. أي الاعتناء بخطوات وإجراءات العلاج.
- **أن يختار المعالج نوع التدعيم أو التعزيز المقدم للطفل التوحدي؛** بما يساعد على تأثر الطفل به وتقوية الاستجابة لتعديل السلوك المراد تعديله، أو المساهمة في تنميته بشكل إيجابي، وأن تتعدد أنواع التدعيم أو التعزيز، وتتنوع بين المادي والمعنوي؛ للوصول إلى أفضل نتائج مرجوة من العلاج.

هذه بعض خطوات الإرشاد والعلاج التي يجب أن يهتم ويلتزم بها المعالج حالة الإعداد ، والبدء في تنفيذ البرنامج العلاجي للطفل التوحدي، وعلى مَنْ يعملون معهم – وفي مقدمتهم – الوالدين، وخاصة الأم، ومَنْ يقومون على رعايتهم سواء كان في المنزل أو في المؤسسة العلاجية أو التعليمية أن يكونوا على علم، ودراية بكل ما سبق من هذه الخطوات، وبكل من الطرق والبرامج والأساليب والفنيات التي ستستخدم كأساس في علاجه، حتى يمكن تحقيق نتائج إيجابية في تعديل السلوك أو تغييره، أو تبديله، وزيادة معدل النمو ، وتحسين مستوى الأداء؛ على اعتبار أن الطفل التوحدي يعاني من ضعف وقصور شديد في التواصل الاجتماعي، والنمو اللغوي. بالإضافة إلى ما يصدر عنه من سلوكيات غريبة وشاذة تؤدى إلى مزيد من المشكلات السلوكية التي تعوق مدى تحسنه، ونموه.

- الطرق السلوكية Behavioris approaches

أسفرت نتائج البرامج العلاجية والتعليمية التي اعتمدت على النظرية السلوكية في تخطيطها، وتنفيذها عن ظهور تحسن بين في حالة الاضطراب التوحدي، وتقدم ملحوظ في مستوى التعليم والأداء لديهم . حيث إن استخدام أساليب التدعيم والتعزيز قد أدى إلى تحقيق نتائج إيجابية ملحوظ في العلاج والتعلم والتدريب والتأهيل. حيث أظهرت أن هذه الأساليب قد أدت إلى إنجاز ما هدفت إليه للوصول إلى مستوى أفضل من التحسن والنمو والتطور وفي مدى الإتقان، وإكساب حالة الطفل ذوى الاضطراب التوحدي مهارات جديدة، وإتقانها.

كما أن الاعتماد على الممارسة والتدريب قد أدى إلى الوصول إلى كثير من النتائج الإيجابية التي حددت سلفاً في أهداف البرامج؛ كتعديل أو تغيير أو تبديل السلوك، واكتساب المهارات ورفع مستوى الأداء فيها. بالإضافة إلى اكتساب كثير من الخبرات.

هذا؛ وقد أضاف المستخدمون لهذه النظرية فكرة الخصوصية والفردية، والاهتمام بالقدرات التي يتميز بها ذوى الاضطراب التوحدي، وتقدير مدى الإمكانيات لهذه القدرات، وتحديد مستواها، والتعامل معها على هذا الأساس، ولم تعد التعليمات محددة بالبيئة المنضبطة؛ كما هي الحال وفق هذه النظرية* بل امتد العمل في البرامج على اختلاف أهدافها وأنواعها على أساس مراعاة الحياة اليومية، ووفق الأماكن التطبيقية** التي تصطحب الحالة كلها مع الاهتمام بعملية التدعيم والتعزيز لكل سلوك جديد، ومراعاة تنوعه، وتناسبه مع الموقف، وتناسقه مع الظروف.

وهذا ما أكده كثير ممن يعتمدون في تنفيذ برامجهم العلاجية أو التعليمية مع عديد من حالات الاضطراب التوحدي، وفي مقدمتهم

---

* ومع هذا التصنيف كطريقة علاجية، فإن المعالجين يعتمدون على النظرية السلوكية كنوع من أنواع العلاج .

** كإصطحاب الحالة في رحلة إلى السوق.

إفر لافاس[1] Ivar Lavaas الذي اعتمد في علاجه لحالات الاضطراب التوحدي على أسس وقوانين هذه النظريات.

- طرقة التحليل النفسي Psychoanalysis approaches

تهدف طريقة التحليل النفسي – كإطار نظرى يعتمد عليه المعالج النفسي – على إقامة علاقة مع نموذج كالأم المحبة المتساهلة على أساس أن أم الطفل التوحدي قد عجزت في عملية تنشئتها الاجتماعية، وتعاملها مع طفلها في تحقيق هذا. ويعتمد المعالج وفق هذه الطريقة على تحقيق إشباع حاجات الطفل، مع تجنب حدوث الإحباط له، واستخدام أسلوب التدعيم. بشرط أن يهيئ المعالج المناخ المناسب لتوفير قدر من الاستقرار الانفعالي لتحقيق قدر معقول للتفهم لحالة الطفل، وحسن التعامل معه.

وهذا الأساس للتعامل مع حالة الاضطراب التوحدي وفق هذه الطريقة من شانه أن يساعد على تعديل السلوك الاجتماعي، وتنمية وتطوير المهارات الاجتماعية والتي تبدو أكثر ما تبدو في تدريبه إلى إرجاء الإشباع، ويتم هذا عن طريق كل من له دور في تنفيذ البرنامج العلاجي؛ كالوالدين في الأسرة، أو المعلم في الفصل الدراسي.

- طريقة نظرية العقل* Theory of Mind

هذا؛ وقد قدم سيمون كوهن Simon Cohen (١٩٩٥) فكرة "نظرية العقل" التي تشير إلى فكرة أن التوحديين لا يفهمون أن غيرهم لهم وجهات نظرهم وخططهم الخاصة بهم؛ ولهذا فهم لا يستطيعون استيعاب ما يعتقده الآخرون ، والإحساس بعواطفهم، وكذلك الأمر بالنسبة لمواقفهم. ولهذا نجد أن هؤلاء التوحديين يعانون من صعوبة فهم غيرهم، والاتصال بهم. الأمر الذي يترتب عليه كثير من المشكلات التي يعانون منها كالأنانية Self-centered واللامبالاة Uncaring .

ويطرح أصحاب هذه النظرية – نظرية العقل – سؤالا هو؛ كيف يمكن للإنسان أن يعلم هؤلاء التوحديين فهم أفكار

---

[1] استاذ في علم النفس بجامعة كاليفورنيا بلوس انجلوس. أهتم بتعليم الأفراد التوحديين في نهاية الخمسينات من القرن العشرين.

*http://www.autism.org/social.html

الآخرين، والإحساس بمشاعرهم؟ وقد اعتمد كارل جراي Caral Gray على فكرة هذه النظرية على اعتبار أنها طريقة يمكن الاعتماد عليها لتعليم التوحديين البالغين؛ وهي تعتمد على سرد القصص الاجتماعية القصيرة وفق سيناريوهات** تساعدهم على فهم أنفسهم والآخرين فهماً صحيحاً. وعندئذ يتحفزون، ويبادرون لسؤال غيرهم من الناس. بما يؤدى إلى فهمهم لهم، وتعديل سلوكهم الاجتماعي.

- الطرق التطورية Developmental approaches

يعتمد من يستخدمون هذه الطرق في علاج، وتعليم الأطفال المصابين بالاضطراب التوحدي لتحسين حالتهم، والارتقاء بهم على أساس برامج تقوم على تهيئة بيئتهم، وعلى ما لديهم من إمكانيات ، وما يتميزون به من قدرات ومهارات، واهتمامات تشبع حاجاتهم، وتلبى طلباتهم الملحة؛ بشرط أن تعد هذه البيئة وفق قدر من الاتساق بين مجموع الأنشطة المعد لتنفيذ البرنامج، ووفق خطط معينة، وتنظيم دقيق، وعلى أساس ما لديهم من خبرات. وما يتوافر من مساعدات للطفل في حجرة الدراسة، بما يساعد على تحقيق المطلوب منهم، وأن يراعى مدى حساسيتهم تجاه الأشياء حتى لا تزداد مشكلاتهم. بل يتم بذل الجهد للتقليل من عددها، ومن مدى حدتها، والعمل على حلها بسهولة ويسر.

وتلتزم هذه الطرق بتقديم نشاط فيزيائي جسدي للتدريب على التوازي، ووعى الطفل بوجوده. فيقومون بلضم حبات الخرز، ويرسمون بالزيت، ومساعدتهم على كيفية استخدام اللغة عن طريق تلبية إشباع حاجته؛ كطلب المزيد من العصير، وأن يقدم أثناء هذه الممارسات التدعيم والتشجيع. فضلاً عن دفعهم – الأطفال – على ممارسة أنواع من اللعب الإبداعي، كأن يتخيل الأطفال بأنهم قطار، مع التركيز في قاعة الدرس على استخدام أسلوب التعلم باللعب.

ويرى أصحاب هذا الرأي أن المعالج لابد أن يراعى مستوى الحالة من حيث القدرة على التحصيل الأكاديمي فإذا كان لديها مستوى وظيفي أعلى من غيرها من الحالات، فإنه يجب أن يراعى

** وهذه القصص الاجتماعية القصيرة وسيناريوهاتها تسهم بدرجة من الفاعلية في تعليم السلوك الملائم اجتماعيا.

هذا عند تنفيذ البرنامج، وأن يتوافر لها مناخاً نفسياً هادئاً، وتنظيم المهمة بما يتناسب وهذه الإمكانات.

- طرق جديدة غير قياسية:

وعلى ضوء ما تقدم من عرض لبعض الطرق التي يعتمد عليها المعالجون أو المعلمون في تنفيذ برامجهم لحالات الاضطراب التوحدي، فإنه من حقهم ابتكار واستخدام كل ما من شأنه أن يساعد أصحاب هذه الحالات على تحقيق الأهداف، وتجريب بعض الطرق العلاجية الجديدة – بدرجة من الحذر – على أن تكون معدة من قبل المختصين، أو من لهم خبرة في هذا المجال كالوالدين. بشرط أن تعرض الطرق الجديدة وتصوراتها. والأساليب التي ستخدم فيها، وفنياتها على الخبراء وأصحاب الرأي لتقديم المشورة في الاستخدام من عدمه حتى لا يضيع الوقت والجهد والمال دون الوصول إلى نتائج إيجابية؛ وإن كان مقدم هذا التصور الجديد على درجة من المعرفة والدراية، والاتصال الوثيق بحالة الاضطراب التوحدي كالوالدين والمعالجين.

هذا؛ وتعطى الحرية في الاختيار للطريقة التي سيعتمد عليها في تنفيذ البرامج، حيث إنه لا توجد طريقة مثلى، أو واحدة أفضل من غيرها، إنما توجد طريقة مناسبة للحالة التي أمام المعالج. حيث يرجع الاختيار إلى دارس الحالة ومشخصها، ومن له صلة وثيقة – لقدرته على تقدير احتياجات الطفل الخاصة به – وخاصة الوالدين والمعالجين للحالة لتقرير واختيار ما يساعد على تحسينها بشكل عام، ونموها وتطورها بشكل خاص.

- العلاج السلوكي Behavior Therapy

يهدف هذا النوع من العلاج إلى تعديل أو تغيير السلوك عن طريق تهيئة البيئة بالمثيرات التي يمكن أن تسهم في هذا التعديل أو التغيير. حيث إن النظرية السلوكية تعتمد في استدعاء سلوك ما على تهيئة البيئة بمثيرات معينة ومحددة. أي أن كل ما يصدره الإنسان من سلوك هو عبارة عن استجابة لمثيرات تم تعزيزها أو إثابتها أو تدعيمها. وقد استخدم هذا النوع من العلاج كثير من المعالجين ومنهم إفور لوفاس Ivor Lovaas الذي اهتم اهتماماً بالغاً بعلاج اضطرابات التوحد وفق هذه النظرية، ولهذا حدد فترة زمنية لاستخدام العلاج السلوكي وهي (٤٠) ساعة على الأقل، ويفضل أن يبدأ هذا النوع من العلاج في سن صغيرة.

ويجب أن تختار نوعية الأنشطة والألعاب ، بما يتلاءم ، والمستوى المعرفي، والثقافي، والخبرة للطفل التوحدي؛ بما يؤدى إلى حدوث قدر من الارتياح النفسي بعيداً عن مشاعر القلق والاضطراب، وبما يساعد على ممارسة اللعب مع اللعبة بشكل أكثر صحة ودقة وتحكم.

ونظراً لبطء الاستجابة لدى الأطفال التوحديين لنوعية الأنشطة والألعاب التي تتسم بالتعقيد، فإنه ينبغي التعرف على الحالة بشكل جيد ودقيق حتى يمكن انتقاء الأنشطة والألعاب التي يستطيع الطفل التعامل معها، والانفعال بها بشكل إيجابي، وبما يؤدى إلى رفع المستوى النمائي في الجانب الذي يهدف تنميته وتطويره، وتعديل سلوكه.

- العلاج التكاملي الحسي Integration Therapy

وهو أحد أنواع العلاج الذي يهدف لعلاج التكامل الحسي في الوقت الحالي إلى تنمية الإدراك الجسدي عن طريق تقديم تجارب حسية ، ومنتقاه حتى يتمكن الطفل التوحدي من التكيف مع الظروف البيئية. ويتم هذا عن طريق التنظيم والترتيب بين الأنظمة الاستقبالية الذاتية واللمس للطفل. حيث إن كثيراً من الأطفال التوحديين يعانون من خلل في تكامل هذه الأنظمة التي تؤدى إلى التناقض في الإدراك الجسدي، وصعوبات في الحركة ، والتوازن.

ويعتمد هذا النوع من العلاج على بعض أنواع الأنشطة التي يشترك فيها الأطفال التوحديين كالمساج، والذبذبات. واستخدام أنواع من اللعب، كالمراجيح، والألعاب التي ينحني فيها الطفل. ولابد أن يعتمد المعالج عند تنفيذه للبرنامج على أسلوب الإثابة والتعزيز عندما ينجح الطفل في الاستجابة لما يطلبه المعالج منه. ويتم هذا عن طريق إظهار علاقات الارتياح لما وصل إليه الطفل من أداء حركي، أو إظهار الابتسامة في وجهه وفضلاً عن استخدام أحد السلوكيات لتحفيز ذات الطفل لممارسة ما قد نجح فيه من إصدار السلوكيات المطلوبة. وقد يستخدم المعالج أساليب علاجية حسية أخرى كاستخدام العقاقير – والإنارة الكهربائية.

- العــــلاج بالعمــــل

يهدف هذا النوع من العلاج إلى تنمية وتحسين المهارات الحركية المكتسبة لدى الطفل ذوى الاضطراب التوحدي، كتنظيف الأسنان وكيفية تناول الطعام، والمهارة الحركية، وتقبل الذات (وضع الجسم)، وغيرها من الأنشطة العلاجية لنمو الجانب الجسمي؛ كالمساج، واللمس.

- العـلاج بالأنشطة الإيقاعيــة

يهدف هذا النوع من العلاج إلى إخراج الطفل التوحدي من عزلته وانطوائه، وتمركزه حول ذاته. حيث إن مثل هذه الأنشطة الإيقاعية Rhythmic activities كالموسيقى والإيقاع تعمل على استثارته، وتحفيزه مع الشعور بالمتعة؛ بشرط ألا يحتك بجسمه أحد. حيث إن ممارسة مثل هذه الأنشطة تسهم بقدر كبير في تعديل وتغيير السلوك من خلال تنمية مهاراته بالتدريب والتعليم؛ وكلها عمليات تعمل على زيادة معدل النمو لدى الطفل التوحدي.

- العـــلاج الطبيعـــي

يهدف العلاج الطبيعي إلى تحسين وظيفة عضلات الجسم، ومستوى البنية الجسدية للطفل. وتنسيق الحركة التي يصدرها، وتنمية المهارات الحركية ومحاولة الوصول إلى أفضل مستوى من الأداء لها من خلال ممارسة عدد من الأنشطة الجسدية، والتمرين عليها بهدف تحقيق ما يتطلع إليه المعالج من أهداف لهذه الحالة التي هو بصدد علاجها من ذوى الاضطراب التوحدي.

- العـــلاج البيئـــي

يهدف هذا النوع من العلاج لذوى الاضطراب التوحدي لدى الأطفال إلى تنظيم الواقع الاجتماعي والطبيعي الذي يعيش فيه الطفل؛ ويتم هذا عن طريق تهيئة ظروف حياتية وواقع بيئته وفق برنامج معد مسبقاً، مع الانتباه لتعزيز وتدعيم كل ما يصدر عن الطفل لتعديل السلوك الاجتماعي لديه، بما يساعد على دفعه للاشتراك في علاقات شخصية مع غيره بشكل تبادلي.

- العــلاج الغذائـــــي

يهدف هذا العلاج إلى محاولـة تلافـي الأسباب التـي تحـدث حالـة الاضـطراب التوحـدي لـدى الأطفـال، والتـي اكتـشف عديـد مـن الـذين اهتموا بكشف أسبابها ترجع إلـى نقـص فـي نوعيـة* الغـذاء ؛ كنقـص فيتـــامين (ب ٦)، و(ب ١٢) ، و(أ) ، و (ب)، و(س) ، و(د) ، و (إ) بالإضافة إلى كل ما يثبته البحث في مجال غذاء هذه النوعيـة مـن الأطفـال، ويكـون لـه تـأثير إيجـابي أو سـلبي. حيـث أظهـرت نتـائج الدراســات** أن هـذه الفيتامينــات قـد أفـادت فـي تحـسن حالــة ذوى الاضـطراب التوحـدي. وهـذا يتطلـب مـن الوالـدين والمـربين لهـذه النوعية من الأطفال أن يكونوا على علم بنوعية الغذاء الذي يؤدى إلـى تحسن في سلوكهم.

---

* انظر الأسباب الغذائية ص (٤١) .

** ليلورد وآخرون Lelord et al., (١٩٨٢) ، وماتينو وآخرون Matineau et al.,

البرامـــج العلاجيـــة

تقديـــــم

يعتبر برنامج "تيتش" من أهم البرامج وأقدمها التي أعدت لتعليم واكتساب مختلف مهارات التواصل، والمهارات الاجتماعية، وغيرها من مهارات اللعب مع الآخرين، ومهارات الاعتماد على الذات، والمهارات الإدراكية، والحركية، وبشكل عام المهارات التي من شأنها أن تساعد الطفل التوحدي على التوافق مع أفراد المجتمع الذي يعيش فيه. فضلاً عن تعليمه أو إكسابه مهارات العمل وإدارته، ومساعدته على اجتياز بعض المهام التي يمكن أن يقوم بها في فترة زمنية محددة.

وقد أشارت التقارير التي قامت برصد وتقييم نتائج تنفيذ هذا البرنامج على غالبية الأطفال التوحديين إلى أن أسرهم قد كانت راضية تماماً عن مدى تقدم أطفالهم. حيث اكتسبوا وتعلموا كثيراً من المهارات التي كان البرنامج يهدف إليها. فضلاً عن أن نسبة كبيرة من أطفالهم قد اندمجوا في الواقع الاجتماعي المحيط بهم.

هذا ؛ وقد أفادت بعض نتائج برنامج "تيتش" (لورد وسبلور Lorder schoper (١٩٨٩) التي أجريت على ذوى الاضطراب التوحدي من الأطفال بهدف زيادة ذكائهم الأدائي؛ حدوث ارتفاع معدل ذكائهم ما بين (١٥ : ١٩) درجة. ولهذا فقد رأينا أن نقدم عرضاً لهذا البرنامج لمزيد من الإطلاع والمعرفة، بما يساعد المختصين في علاج ذوى الاضطراب التوحدي، وذويهم ومن يقومون على رعايتهم للاستفادة الكاملة من تنفيذ هذا البرنامج.

يعتبر برنامج تيتش TEACCH* من أبرز وأشهر البرامج التي أعدت للاستخدام في علاج ذوى الاضطراب التوحدي من الأطفال وقد أعده إرك شوبلر [1] Fric Shopler الذي يعمل في جامعة نورث كارولينا بالولايات المتحدة الأمريكية.

---

*Treament and Education of Autistic and Related communication handicapped children.

(1) مطور أول برنامج تعليمي تربوى للأطفال التوحديين والذي كان يعمل بجامعة نورث كارولاينا بأمريكا

ويعتمد هذا البرنامج على نظام تهيئة وتنظيم بيئة الطفل Structure Teaching ، حيث أكد كثير من الباحثين على أن مثل هذا البناء أو تهيئة بيئة الطفل تناسب حالة الاضطراب التوحدي التي تصيب الأطفال. ويعد هذا البرنامج "تيتش" بشكل منفرد لكل طفل، لأن كل حالة من حالات الاضطراب التوحدي تعتبر حالة خاصة. حيث إن كل طفل توحدى له مستوى معين من الذكاء، وله مستوى محدد من القدرات العقلية، والاجتماعية، ومستوى معلوم من اللغة. وهو يقوم ببناء الأدوات، والاختبارات الخاصة بكل إمكانية من الإمكانيات السابقة، أو استخدام اختبارات مقننة. أي على درجة من الصدق والثبات.

ويتميز هذا البرنامج بأنه قد تعرف على مختلف جوانب ، وأبعاد حالة الطفل التوحدي واكتشاف نواحى القوة والضعف، ومدى القصور في هذه الجوانب. وهو يعتمد في بنائه للبرنامج على دقة التشخيص، ومعرفة عالم هذا الطفل.

ونظراً لتكامل هذا البرنامج وشموله، وتحديد أهدافه، وغاية أغراضه لعلاج الطفل التوحدي وتعليمه وتهيئته لممارسة حياته بناء على زيادة اعتماده على ذاته، وتأهيله لممارسة مهنة تتناسب وقدراته، وما يتمتع به من إمكانيات، ولهذا فإنه يمكن تنفيذه على المستوى العمري من سن ثلاث سنوات إلى سن ثماني عشرة سنة .

وقد حدث تعديل وتطور في وضع برنامج "تيتش" ليطبق على من تتراوح أعمارهم ما بين ثمانية أشهر وخمس وخمسون سنة من الأفراد التوحديين، بحيث يكون قد تم تشخيص الحالة تشخيصاً دقيقاً وفق المعايير المتعارف عليها. والتي أعدت مسبقاً بناء على عدد من الدراسات والبحوث التي كشفت عن حالة الاضطراب التوحدي. ولا يحدد هذا البرنامج مستوى من مستويات الذكاء حتى يطبق عليه.

وقد حدد "شوبلر" عدداً من الشروط لمن يقبل على استخدام هذا البرنامج ومنها؛ أن يكون حاصلاً على درجة الماجستير في علم النفس أو التربية الخاصة، أو اللغة والتخاطب أو علم الاجتماع، وأن يكون لديه خبرة لا تقل عن سنتين في مجال الاضطراب التوحدي. بالإضافة إلى خبرة في مجال تعليم ذوى التوحد في الاعتماد على

النفس، وتنمية المهارات الاجتماعية، والمهارات الحركية، وتنمية الإدراك، بشرط مراعاة ما لديه من مستوى القدرات والإمكانيات. وأنه لا يوجد مانع من ممارسة الحاصلين على بكالوريوس ولديهم خبرة في مجال ذوى الاضطراب التوحدي مع ضرورة تلقي تدريب مكثف لتنفيذ هذا البرنامج، وممارسة العمل به، والتدريب على كتابة التقارير وإبداء الرأي في الحالة التي هو بصددها.

كما يوجد بعض البرامج التي تعتمد في بنائها على كشف السبب الرئيسي لحدوث الاضطراب التوحدي، كبرنامج التكامل السمعي Auditory Integration (AIT) الذي يقوم على تقييم المستوى السمعي للحالة – سواء كانت الحساسية المفرطة أو نقص شديد في حاسة السمع – حيث يتم تحسين قدرتها أو زيادتها، بما يساعد على تقليل الحساسية المفرطة لدى ذوى الاضطراب التوحدي من الأطفال.

وقد أثبتت نتائج الدراسات التجريبية فاعلية هذا البرنامج. حيث أدت إلى نتائج إيجابية لدى ذوى الاضطراب التوحدي. إلا أنه يوجد من يعارض هذا البرنامج ويرى أن نتائجه غير ذات جدوى حيث إنه لا يعتمد في تنفيذه على الأسس العلمية.

برنامج فاست فورورد Fast Forward

يعتمد "فاست" على برنامج إلكتروني عن طريق الكمبيوتر ، ويهدف إلى تحسين المستوى اللغوي للطفل التوحدي. وقد أعد هذا البرنامج بناء على نتائج البحوث العلمية التي أجرتها بولا طلال Paula Tallal (١٩٩٦) بعد خبرة في مجال التوحد حوالي ثلاثين سنة تقريباً. ويعتمد البرنامج على ممارسة الطفل اللعب مع سماع أصوات من خلال سماعتين على أذنيه.

ويركز هذا البرنامج على تنمية الجانب اللغوي على أساس من الانتباه والاستماع، ويفترض أن يجلس الطفل التوحدي مقابل الكمبيوتر دون وجود أي عائق سلوكي. وقد أشارت نتائج هذا البرنامج إلى نجاحه مع كثير من حالات التوحد ، إلا أنه لم يجر بحوث علمية تؤكد صحة هذه النتائج.

هذا؛ وقد قامت معدة هذا البرنامج بتطويره، وإدخال كثير من الجوانب الإيجابية، والإبتكاريه على أنواع أخرى مشابهة له؛ تركز على نمو وتطوير المهارات اللغوية لدى الأطفال ذوى الاضطراب التوحدي، ومن يعانون من مشاكل في مدى النمو اللغوي. ويعتمد هذا البرنامج على تحسين مستوى السمع، وذلك بزيادة أو نقصان درجة الصوت للعميل.

وقد أفادت آراء كثير من المشتغلين في مجال علاج التوحد أنه ليس هناك طريقة أو برنامج بذاته يستطيع أن يعالج اضطراب التوحد مجتمعه، لأن أعراضه تختلف من حالة إلى أخرى، كما تختلف شدته من فرد إلى آخر، لأن البرنامج العلاجي أو التعليمي يبنى ويعد على أساس من التقييم العلمي الدقيق لكل حالة، وكذلك على أساس الاحتياجات الفردية لكل حالة من حالات التوحد. ولهذا كانت دعوة الاختصاصيين في هذا المجال بضرورة التحلي بقدر من المرونة التي تنتج التعديل والتبدل، والتعبير في البرنامج، ومختلف أوجه نشاطه حسب ما يرى من نتائج أثناء علمية التنفيذ.

دور الأسرة في علاج الطفل التوحدي

تقوم الأسرة – الأب والأم والإخوة – بدور أساسي، ومهم في كشف وعلاج حالة الاضطراب التوحدي لدى الطفل. حيث إن اهتمامهم بالطفل، عن طريق ملاحظتهم لمختلف أنواع السلوك الذي يصدر عنه يساعد على الكشف المبكر لحالة طفلهم، وإبداء الرأي حول كل ما يصدر عنه؛ سواء كان هذا السلوك طبيعياً أو غير طبيعي. فإذا كانت الملاحظات على السلوك على عكس أقرانه، فإن هذا من شأنه أن يدعو إلى استشارة المختصين والذهاب إلى الطبيب للتأكد من مدى صحة الملاحظات ودقتها.

هذا؛ كما أن للأب والأم دور في علاج طفلهما التوحدي؛ بداية بمعرفة حالته معرفة جيدة، وإدراك كل ما لديه من إمكانيات عقلية، كمستوى الذكاء، ونوعية القدرات، وكذلك ما يميزه من مهارات معينة. لأن هذا من شأنه أن يساعدهما على تقدير الحالة، وشدتها، ونوعيتها، وانتقاء ما يساعد على تحقيق الأهداف الأساسية من العلاج، بما يتناسب وهذه القدرات وتلك الإمكانيات والمهارات. وإذا

ما حدث شيء ما ترى أنه غير عادى خلال فترة العلاج عليها وبسرعة استشارة المعالج، وإخباره بملاحظاتها بشكل واقعي ودقيق، حتى يمكن تعديل أو تغيير أو تبديل ما يجب أن يغير في البرنامج للوصول إلى علاج نافع وسريع في الوقت نفسه.

كما ينبغي أن يكونا على بينة من خطوات البرنامج، وكيفية تنفيذه في حالة غياب المعالج، وكذلك الأمر بالنسبة لعمليات الإرشاد والتوجيه حتى يتمكنا من متابعة العلاج للطفل، والوصول به إلى أفضل ما يمكن أن يكون؛ كمعرفتهما بإعداد جلسات التخاطب، واللغة المراد إكسابها للطفل، وكيفية التطور الصحيح للأصوات، والكلمات المتعلمة. بما يساعده على التفاعل مع غيره.

وإذا كان من بين خطوات وطريقة العلاج؛ العلاج بالدواء والعقاقير الطبية التي من آثارها تقوية مراكز معينة في المخ؛ كالتي تسهم في تعديل السلوك الاجتماعي، أو تساعد على مزيد من الإدراك. فعليهما الانضباط في إعطاء الدواء في وقته المحدد، وبكميته المحددة، مع مراعاة ما يحدث من نتائج تعاطي هذه الأدوية، وتسجيلها لعرضها على الطبيب المعالج.

ولهذا يؤكد الخبراء في هذا المجال أن الأسرة يجب عليها أن تتحمل حياة الطفل التوحدي بكل ما فيها من ظروف صعبة، وأحوال متباينة وانفعالات حادة. فضلاً عن ضرورة الانتباه الدائم والمستمر للطفل في كل حالاته. وهذا قد يؤدى إلى حدوث بعض الضيق لإخوانه أو أخواته، لما يناله من اهتمام شديد دون غيره، وأن تكون الأسرة على وعى تمام بتنبيه بقية الأطفال أنهم ليسوا كأخيهم، وأنهم في مأمن مما هو فيه، وأننا جميعاً ينبغي أن نهتم به ونرعاه. ولهذا أكد المختصون على مدى ما تلاقيه الأسرة التي لديها طفل توحدى من صعوبات شديدة ، بل وقاسية.

وأن أهم ما يجب أن تفعله الأسرة هو القبول والرضا بما قسم الله سبحانه وتعالى ، واعتبار أن هذا خير وهبة من الله للأسرة، وامتحان لمدى إيمانهم، وقدرتهم على تحويل هذا إلى سلوك فعلى في تعاملهم من هذا الطفل. وبالتالي يبتعد عنها إحساسهم بخيبة الأمل التي يشعر بها غير المؤمن بقضاء الله وقدره. وينطلقون في محاولة

علاجهم أو تعليمهم وتدريبهم على أساس ما لديهم من قدرات وإمكانات تجعلهم على درجة من الهدوء، والإحساس بالذات، والثقة بالنفس، فيعيش في داخل أسرته ساعياً إلى تحقيق ، وإنجاز ما يمكن إنجازه. وبما يحقق له الثقة بالنفس وشيوع البهجة داخل مناخ الأسرة بعيداً عن القلق والتوتر والحزن.

هذا؛ وحتى تستطيع الأسرة القيام بدورها المنوط بها في علاج أو تعليم طفلها من ذوى الاضطراب التوحدي، لابد من أن تكون على علم ومعرفة بكثير من البيانات والمعلومات عن حالات التوحد، وأن تكون قد تدربت –الأب أو الأم أو الأخ- في بعض مراكز التدريب الخاصة بالطفل التوحدي؛ حتى تتمكن من كيفية التدخل السليم لإكساب طفلها ما ينبغي أن يكتسبه من مهارات معينة، والالتزام بطريقة تعليمية لتعليم طفلها السلوك* المراد تعديله أو تغييره أو تبديله.

إن اكتساب الأسرة لكيفية تنظيم وترتيب البيئة للطفل التوحدي من خلال زيارة الاختصاصي لها في المنزل، وعلمها وخبرتها بما ينبغي أن تفعله حال تعاملها معه، وكيفية تسجيل الملاحظات التي شاهدتها على طفلها في دفتر خاص لأن هذا يساعد بشكل إيجابي وفعّال في سرعة تحسن حالة الطفل، ورفع مستوى أدائه في المهارات التي اكتسبها، بما يجعله أكثر راحة وهدوءاً وسعادة. الأمر الذي ينعكس على حياة الأسرة كلها.

دور المدرسة في علاج وتعليم الطفل التوحدي

يرى المشتغلون في مجال اضطرابات التوحد أن المدرسة بمن فيها وما فيها ينبغي أن يكون على أعلى درجة من الترتيب والتنظيم والتهيئة للبيئة المدرسية؛ بما يحدث التكيف معها والتوافق مع أقرانه- التوحديين – في المدرسة. وأن يلحق الطفل التوحدي بمدرسته الخاصة في وقت مبكر. أي بمجرد اكتشاف حالته الاضطرابية . وأن يكون بها برامج معدة خصيصاً لكل فرد – كل حسب حالته من الشدة والنوع – وأن يكون العلاج متكاملاً وشاملاً. بحيث يتضمن الجانب الصحي والغذائي، والتدريبي، والتعليمي، والتأهيلي المهني. أي يهتم

---

* قضاء حاجة في الحمام، أو كيفية الاستحمام، كيفية تناول الطعام أو الشراب وغير هذا من أنواع السلوك المراد إكسابه أو تعليمه للطفل.

البرنامج بالجانب الجسمي والعقلي والمهني. فضلاً عن تنمية الجانب الانفعالي والاجتماعي، بما يساعده على التعامل والتواصل مع الآخرين.

ولهذا لابد أن تكون العلاقة بين الطفل التوحدي والمعلم علاقة فعّالة وإيجابية، يعززها قدر كبير من الألفة بينهما؛ بما يساعد على الاستجابة لمختلف إرشاداته، وتوجيهاته بسهولة ويسر، وبما يمكن المعلم من الارتباط بالطفل بشكل ايجابي؛ ليكشف من خلاله مختلف جوانب التغيير والتبديل وفق البرنامج. وبما يمكنه من سهولة تغيير ما يجب أن يغير أو يبدل في البرنامج حتى يصل إلى أفضل مستوى من النمو وفق الأهداف المحددة.

وان يقوم المعلم بانتقاء واختيار مختلف أنواع الأنشطة؛ بما يتناسب وحالة الطفل، وبما يحقق أهداف البرنامج، وكذلك الحال بالنسبة للوسائل المعينة لتنفيذ البرنامج. هذا ؛ فضلاً عن تهيئة البيئة بشكل عام.

أن يكون بين المعلم وأسرة الطفل التوحدي ارتباطاً ثقافياً، ومعرفياً. حيث يمد الأسرة بمختلف الإرشادات والتوجيهات، والخطوات التي ينبغي إتباعها حال التعامل مع الطفل، لأن هذا من شأنه أن يساعد على سرعة علاج الطفل ونموه بشكل أفضل. فضلاً عن تبصيرها بمختلف الجمعيات والهيئات التي تهتم بالأطفال التوحديين لنيل الدعم منها.

أمل النمو والتطور لكثير من حالات التوحد

تفيد نتائج كثير من البرامج العلاجية والتعليمية إلى حدوث تطور ملحوظ، وخاصة فيما بين العام الخامس والثالث عشر من عمر حالة الاضطراب التوحدي. حيث يتقدم معدل النمو في القدرة على الكلام، وبعضهم* يصبح أكثر استعداداً للتعلم، واستطاع آخرون استخدام اللعب بطريقة مناسبة، وتحمل بعض التغيير والتبديل.

---

* كحالة بول Paul وألن Alan وغيرهما من حالات الاضطراب التوحدي.

كما أكدت نتائج برامج المعالجة لأطفال حالات الاضطراب التوحدي التخلص من كثير من الأعراض. الأمر الذي مكنهم من التفاعل في قاعات الدرس النظامية. وتبين – أيضاً – أن أفضل النتائج كانت لصالح ذوى المستويات العقلية المرتفعة، والذين لديهم لغة أكثر تطوراً من غيرهم.

وقد تبين من متابعة حالات البالغين التوحديين الذين تم تدريبهم بشكل متواصل ؛ باستخدام برامج مختارة لتقديم الخدمات لهم، استطاعتهم مواصلة حياتهم داخل المنزل ، ومع الأسرة، بشرط تواجد من يشرف عليهم طوال الوقت. وأن تتغير النظرة إليهم باعتبارهم بشر لهم احتياجاتهم الخاصة التي تتيح لهم فرص ممارسة الأعمال البسيطة النافعة، والإبداع حسب ما لديهم من قدرات وإمكانيات. ولهذا عنيت الدول المتقدمة كالولايات المتحدة الأمريكية، ودول أوروبا باستخدام طرق علاجية وتعليمية جديدة تساعدهم على إمكانية قيامهم ببعض الوظائف المهنية ذات المعنى داخل المجتمع بدلاً من ممارسة حياتهم في حدود المنزل أو البيئات المنعزلة.

ولهذا كان الاهتمام بتعليمهم وفق ما لديهم من قدرات واستعدادات ومهارات لإتقان عمل جيد، وممارسة أنواع من السلوك الاجتماعي الايجابي داخل المجتمع على أساس من التدعيم والتعزيز طول فترة التعليم أو التدريب. وتوجيههم لنوعية العمل التي تناسبهم وفق مستوياتهم العقلية؛ سواء كان منخفضاً أو مرتفعاً.

وقد أكدت تقارير متابعة هؤلاء البالغين التوحديين الذين التحقوا بالعمل في بعض الشركات أنهم قد مارسوا أعمالاً، وأصبحوا موضع الثقة بهم، والاطمئنان إلى نتائج أعمالهم، وأنهم أدوا أعمالهم بدرجة معقولة من الفاعلية، والإتقان. حيث تبين أن من التحق منهم في مجال تجهيز الوجبات، والطبخ، والتسويق ، والتنظيف كانوا موضع تقدير مدير أعمالهم، وشركاتهم.

الفصـــل الســـــادس
طـرق وأساليب التعليـــم

- تقديـــم .
- أساسيات إعداد وبناء البرنامج التعليمي .
- طرق وأساليب التعليم .
- خطوات إرشادية لتعليم التوحديين .
- معوقات التعامل مع التوحديين .

الفصل السادس

طرق وأساليب التعليم

تقديم

تشكل حالة الاضطراب التوحدي عبئاً نفسياً ثقيلاً على الأسرة، وعلى كل المحيطين بها، لأنها حالة تستمر مدى الحياة، باستثناء بعض الحالات التي ليست مصحوبة بالإعاقة العقلية. حيث إنه إذا كانت الحالة تتسم بمستوى ذكاء عادي؛ فإنها تستطيع – عن طريق البرامج العلاجية – أن تحسن من مستوى القدرة على التواصل مع الآخرين بتنمية وتطور القدرة اللغوية لديها.

أما عدا هذه الحالة – عادية الذكاء – فإنها تظل في حاجة إلى رعاية مستمرة لعدم قدرتها على الاستجابة لتعديل سلوكهم بما يساعدهم على الاعتماد على الذات بعض الشيء. ولهذا يجب على الوالدين، والمربين، والمعالج أن يفحصوا الحالة فحصاً دقيقاً حتى يمكن تشخيصها تشخيصاً واقعياً. بما يساعد على استثمار ما لديهم من إمكانيات وقدرات في عملية التدريب والتعليم والتأهيل عن طريق برامج معدة خصيصاً لهم، وتهيئة البيئة بالعوامل النفسية والاجتماعية حتى يأتي البرنامج بالنتائج الإيجابية في تعديل السلوك، والاعتماد على الذات، وتحقيق قدر معقول من التواصل الاجتماعي بينها وبين من يحيطون بها.

وقد أكد كثير من البحوث* في هذا المجال صحة هذا التوقع؛ حيث وصلت حالات عديدة من ذوي الذكاء العادي، والتي فوق المتوسط إلى النجاح في الدراسة في مختلف المراحل التعليمية. وهذه النتائج تدعو إلى مزيد من الأمل بالنسبة لمثل هذه الحالات – دون يأس – حيث إنها تستطيع أن تحقق نجاحاً في الحياة لم يكن موجوداً قبل هذه النتائج، بشرط أن تبدأ مراحل العلاج في فترة مبكرة من حياتها.

---

* دراسة كل من بوردر وآخرون Border, at. Al. (١٩٩٠)، وويلمز Williams (١٩٩٤).

كما أثبتت البرامج التعليمية قدراً - لا بأس به - في تدريب، وتعليم، وتأهيل وتعديل السلوك لبعض الحالات التي كانت تعاني من الاضطراب التوحدي، أو التقليل من حدة الحالة وشدتها، بما يساعدهم على استمرارية حياتهم بشكل، وبدرجة معقولة من التقبل والتعامل معهم. ولهذا نقدم بعض المعلومات في هذا الجانب بما يمكن الوالدين والمختصين من مساعدة هذه الحالات، والأخذ بما لديهم من إمكانيات لتحقيق أفضل مستوى من التحسن في الأداء، والوصول إلى نمو وتطور في شخصياتهم.

وهذا ما دعا المهتمين بالعملية التعليمية، أو التدريبية للأطفال التوحديين إلى بذل الجهد كل الجهد للاستفادة الكاملة بكل ما لديهم من هذه الإمكانيات والقدرات، بما يساعدهم على ممارسة حياتهم بطريقة أيسر وأسهل في إطار البيئة التي يعيشون فيها، وفي الوقت نفسه يسهم في تهيئة بيئة أكثر استقراراً وثباتاً ؛ لأنها البيئة التي يستطيع أن يتعامل معها بقدر كبير من الراحة على خلاف البيئة المتجددة التي قد تثيره وتعرضه بمثيراتها إلى حالة من عدم الاستقرار لارتباكها من وجهة نظره.

وأكدوا على أهمية تهيئة البيئة بأنواع الألعاب اللمسية Tactile ، كالكرة التي اعتادوا اللعب بها؛ بما يمكن المعلم أو المدرب من تحسين أداء مثل هؤلاء الأطفال؛ فيما تهدف إليه البرنامج المعد لهم، كما أنه يمكن استخدام الصورة في حالة تعليمية قدراً من اللغة. حيث إن الطفل التوحدي يتمكن من نطق الكلمة المنطوقة المصحوبة بالصورة أسهل بكثير من فهم المعنى الضمني للكلمة بدونها.

ومن يتابع مجال تعليم وتدريب الطفل التوحدي يجد عدداً لا بأس به يشير إلى نجاح البرامج التعليمية التي حددت أهدافها تحديداً علمياً. ولهذا استطاعت أن تحقق نتائج مرضية. لما بذل من جهد في تنفيذ البرنامج التعليمي لتحقيق الهدف الرئيسي من العملية التعليمية للطفل التوحدي، وكذلك الأمر بالنسبة للبرنامج المعد خصيصاً لحالة محددة من حالات الأطفال التوحديين.

أساسيات إعداد بناء البرنامج التعليمي

إذا أردنا أن نعد برنامجاً تعليمياً لأية حالة من حالات الاضطراب التوحدي؛ لابد من فحص الحالة فحصاً علمياً دقيقاً لتحديد نوعية الحالة، ومدى شدتها، ومعرفة مشكلاتها، ونوعية احتياجاتها. كما ينبغي التعرف على مستوى ذكاء الحالة وقدراتها، وما تتميز به من إمكانيات ونوعية، وكم، ومستوى الخبرة التي لديها. بشرط أن يتم كل ما تقدم على أساس من تطبيق الأدوات والمقاييس العلمية. وهذا من شأنه أن يقوم به مجموعة من المختصين؛ كل في مجاله. وعندئذ يمكن إعداد البرنامج التعليمي للحالة موضوع الاهتمام.

- ولابد أن يدرك منفذ البرنامج أنه لا يصلح إلا للحالة التي أعد من أجلها، وعلى أساس المعلومات والبيانات والتقييم السابق لها. حيث إن حالات الاضطراب تختلف من طفل إلى آخر. وبناء على هذا لابد أن تعد البيئة التي سينفذ عليها البرنامج بما يتناسب وحالة الطفل، وبما يساعد على تعليمه ، وتعديل سلوكه وفق الأهداف المحددة سلفاً في البرنامج.

- كما ينبغي انتقاء واختيار الأنشطة التعليمية التي تتناسب وحالة الطفل، حتى تؤدي إلى اكبر قدر ممكن من النتائج الإيجابية الملموسة من خلال عملية التدريب والتعليم أو التأهيل. وفي الوقت نفسه يمكن الاستعانة بمختلف الطرق، والوسائل التعليمية والتكنولوجية بما يتناسب والحالة المراد تعليمها.

- هذا؛ ويتطلب الأمر – بناء على أهداف البرنامج – تحديد الأنماط السلوكية التي يراد إكسابها للطفل، وبذل الجهد، وإتاحة الوقت، والتحلي بقدر كبير من الصبر لتحقيق الهدف المحدد. وذلك عن طريق الأنشطة التعليمية المناسبة والمعدة لهذا الغرض، وأن تكون هذه الأنشطة وفق برنامج يومي، وأسبوعي، وشهري. ولا ينتقل المعلم – منفذ البرنامج التعليمي – من مرحلة إلى أخرى إلا بعد تحقيق الهدف من الأنشطة اليومية حتى ينتقل إلى الأنشطة الأسبوعية، وهكذا. بما يساعد على تحقيق – على سبيل المثال – اشباعات الحالة أو تعديل السلوك لديها.

- ولابد أن تتسق أهداف البرنامج والأنشطة التي سيتم تنفيذه من خلالها، والطرق التعليمية المختارة لها، والأساليب التي سيعتمد عليها المعلم لتحقيق الأهداف، والوسائل التعليمية المعينة التي

ستستخدم كمعين في تدريبه أو تأهيله، وأن يكون هناك تفاهماً، واتفاقاً بين الوالدين والمعلم الذي سينفذ البرنامج.

● ولابد لمعد البرنامج التعليمي أن يربط بين أهداف البرنامج، ومختلف احتياجات الطفل التوحدي الضرورية واليومية، وكذلك بتطلعات الأسرة واهتمامها به، وما لديه من مستوى الذكاء، والقدرات، وما أكتسبه من مهارات كما هي الحال عند تقييمه.

● أن يكون المعلم على قدر من المرونة في حالة تنفيذ البرنامج؛ بحيث إذا ظهر أي عائق يعوق التنفيذ، فيقوم بتعديل ما يجب أن يعدل، أو أن يغير ما ينبغي أن يغيره، أو إضافة أفكار أخرى، أو إدخال أنشطة مناسبة تساعد على الوصول إلى تحقيق كل هدف من أهداف البرنامج، وتحسين مستوى أداء السلوك لدى الطفل التوحدي موضع الاهتمام.

● أن يهتم المعلم بعملية التقويم قبل بداية تنفيذ البرنامج التعليمي، وبشكل مستمر لكل مرحلة من مراحل البرنامج على أساس من الاختبار الجيد لأدوات التقييم ومدى دقتها حتى يكون على يقين من صحته وواقعيته. لأن هذا سيترتب عليه ما يمكن أن يقوم به المعلم من إدخال إضافات على البرنامج أو تعديله. وكذلك الأمر بالنسبة للعوامل الفنية المساعدة. حيث إن التقييم السليم هو الذي سيظهر مدى إفادة البرنامج للحالة موضع الاهتمام، وكذلك مدى سرعة معدل النمو والتغيير، ويكشف – أيضاً – عن جوانب القوة والضعف، ومدى القصور والتقدم الذي تحوزه الحالة من تنفيذ البرنامج.

● هذا؛ ولا يغفل المعلم مراعاة الجانب النفسي والاجتماعي عند تنفيذ البرنامج التعليمي حال التوجيه والإرشاد والتدريب للطفل التوحدي حتى يسهل اكتساب ما يسعى البرنامج لتحقيقه، بما يساعده على إمكانية التفاعل مع الوسط الاجتماعي المحيط به. أي أن يكون على درجة من الوعي بكثير من المتغيرات والعوامل التي تسهم في تحقيق أهداف البرنامج ونجاحه.

طرق وأساليب تعليم الأطفال التوحديين

إذا ما أقبل المعلم على تعليم الطفل التوحدي لابد من إدراك وفهم الطريقة التي يفكر بها الطفل، حتى يمكن تحديد الطريقة التي يعتمد عليها في عملية تعليمه، وانتقاء الأساليب التي تستخدم لتعزيز التعلم لديه.

ولهذا نجد أن كاثلين كيل Kathleen Quill قد قدمت طريقة يمكن استخدامها في تعليم هؤلاء الأطفال وهي طريقة التفكير الإدراكي والاجتماعي، وبينت الأساليب التي يمكن الاعتماد عليها لتعزيز التعليم. ثم شرحت كيفية التعرف على طريقة تفكير الطفل التوحدي؛ والتفكير بالصور لا بالكلمات. حيث يتم عرض الأفكار عن طريق شريط فيديو في مخيلتهم، وأوصت بأن هذه الطريقة تتطلب بعض الوقت حتى يتمكن الطفل من استعادة الأفكار التي عرضت.

كما أنه يجب على المعلم إدراك أنه يوجد صعوبة في معالجة سلسلة طويلة من المعلومات الشفوية، وصعوبة الاحتفاظ بمعلومة واحدة في تفكيرهم عند محاولة معالجة معلومة أخرى، وأنهم يستخدمون مساراً واحداً فقط من مسارات الإحساس في الوقت الواحد، وتعميم الأشياء التي يرسونها أو يعرفونها، وعدم الاتساق أو الانتظام في إدراكهم لبعض الأحاسيس.

وقد أرجعت أن هذه الصعوبات ترجع إلى عدم فهم دوافع الآخرين، وتصوراتهم للمواقف الاجتماعية، والصعوبة في معالجة المعلومات الحسية التي تصل إليهم، وأنهم يستخدموا العقل بدلاً من المشاعر في عمليات التفاعل الاجتماعي.

وقد أوصت بضرورة انتقاء طرق وأساليب التعلم – على أساس أن الأطفال التوحديين يكتسبون المعلومات بطرق عديدة ومختلفة – بحيث تتناسب وإمكانياتهم وقدراتهم. وأن يبدأ المعلم باستثمار ما لديهم من نقاط القوة المكتشفة لديهم.

ولهذا رأت ضرورة توافر بنية ثابتة عند التدريس لهؤلاء الأطفال. وبينت من هذه البنية الأساسية؛ تنظيم المواد المطلوبة للدرس، مع ضرورة توافر تعليمات سهلة وواضحة. بما يساعدهم على الوصول إلى الاستجابة بدلاً من تقديم الإجابة بشكل مباشر، عن طريق ما يقدم لهم من التلميحات التي تساعدهم على الارتقاء من درجة على أخرى حتى نصل إلى الاستجابة المطلوبة. وتقديم خطوات متوقعة من المواقف الاجتماعية، ومحادثات شفوية ومنتظمة، ورسائل شفهية تتسق مع نشاطه، والتوقف من حين لآخر. مع ضرورة الاهتمام

بعمليات التعزيز التي تقدم لهم، بحيث تكون من الأعمال اليومية – الروتينية* - التي يقومون بها، وأن تكون الأدوات التي تعزز الموقف مرئية** لا شفوية. وهذا من شأنه أن يعزز الاعتماد على الذات. وتساعد الطفل على التركيز على المعلومات، ووضوحها، وتبين الأمور المطلوبة، ومساعدته على التفضيل، والاختيار بين الأشياء، وبالتالي التقليل من الاعتماد على الكبار، وتحقق قدر من الاستقلال.

هذا؛ وتتفق تمبل جراندن Temple Grandin ممن عملوا في مجال تعليم الأطفال التوحديين – مع "كاثلين كيل" على استخدام الصور المرئية كأداة للاستخدام في عملية التعلم، وأن يتم هذا بوسيلة محببة للطفل التوحدي كاللعب. وكذلك استثمار ما لدى الطفل التوحدي من قدرات – كما سبق القول – ومواهب فنية كالرسم، والموسيقى، أو استخدام الكمبيوتر.

وان ترتبط العملية التعليمية بكل ما يحبه، ويعتاد عليه الطفل التوحدي، ويمارسه ويغضب عندما يبعد عنه، كأدوات اللعب بالدمى، أو أي شيء من هذا القبيل. وكذلك بالصورة المرئية في كل ما نود أن نعلمه للطفل التوحدي، كالإقبال على تعليمية الأرقام على سبيل المثال.

أن تهيئ البيئة التعليمية للطفل التوحدي بشكل يساعد على عدم استثارته سمعياً أو بصرياً، لأنه كثيراً ما يثور، ويغضب إذا ما وضع في بيئة بها هذه المثارات التي تزعجه، وتجعله في حالة من عدم الاستقرار والهدوء.

ألا يتردد المعلم للطفل التوحدي في باستخدام أية وسيلة تتناسب والهدف التعليمي أو التدريبي ويجد لدى الطفل التوحدي استجابة ايجابية. حيث ترى "تمبل جراندين Temple Grandin أنه لا يوجد مانع من استخدم المعطف " بالطو" أو صدرية ثقيلة – إلى حد ما – لتساعد على تعود الطفل على عدم الحركة الزائدة Hyperactivity

---

* المكانية والزمانية والإرشادية

** كالمواد المطبوعة ، والأشياء الحسية الملموسة.

بشرط ألا تتعدى المدة لحمل هذه الصدرية أكثر من عشرين دقيقة، ثم يتم خلعها. أو تعليمه وهو يمارس اللعب في الأرجوحة " المرجيحة".

وغالباً ما نجد بعض الأطفال التوحديين لا يستجيبون للوسائل السمعية والبصرية. ولهذا وجب عدم الضغط عليهم لاستخدام حواسهم في عملية التعليم أو التدريب – كالنظر والاستماع – إلا إذا قبل هو استخدام هذه الحواس . وفي الوقت نفسه تعزيز ما يقدم عليه من وسائل التعلم كاستخدام الأشياء التي تعتمد على حاسة اللمس.

خطوات إرشادية عند تعليم الطفل التوحدي

يتطلب الإقبال على تنفيذ برنامج تعليمي للأطفال ذوي الاضطراب التوحدي أن يكون المعلم، ومن يقوم بتدريبهم ، والوالدان على دراية وعلم وفهم لعدد من الخطوات الإرشادية التي يجب أن يلتزم بها كل من يتولى مهمة تعليم الطفل التوحدي أو تدريبه حتى يستطيع أن يحقق تقدماً ملحوظاً في كل مرحلة من مراحل البرنامج التعليمي، وأن يحدث للطفل إدراكاً وشعوراً بذاته، وثقة بها؛ تدفعه لمزيد من الرغبة في التعلم، واكتساب عديد من المهارات، وتحسن مستوى أدائه في كل ما هدفت إليه البرنامج التعليمية، ونموه اللغوي. وفيما يلي عرض سريع لبعض الخطوات الإرشادية التي يمكن أن تسهم في تحقيق مستوى أفضل من النمو والتطور للطفل التوحدي:

- أن يتحرى المعلم في كل ما يقدمه من تعليمات، وإرشادات، وتوجيهات للطفل التوحدي الدقة في اختيار الكلمات والألفاظ، والجمل البسيطة السهلة، والواضحة، وأن تكون الجمل المستخدمة في عملية الإرشاد قصيرة، ومحددة؛ بحيث تتوافق وقدراته اللغوية ، بما يساعده على الاستجابة السريعة والفورية لطلباته، وأوامره، وبما يسهم في تحقيق الأهداف التي يتطلع البرنامج إلى إنجازها.
- أن تتوازن طلبات وإرشادات المعلم ومن يساعده مع إمكانيات وإمكانات، وقدرات الطفل التوحدي موضع الاهتمام، والمعنى بتنفيذ البرنامج التعليمي له، بما يساعد على تيسير الموقف التعليمي وسهولته بالنسبة لهذا الطفل، وبما يسهم في تحفيزه لإصدار الأنماط السلوكية الإيجابية المطلوبة، وبما يؤدى إلى نجاح البرنامج التعليمي وتحقيق أهدافه التي حددت سلفاً.
- عندما يقدم المعلم ومن يتعاونون معه في تنفيذ البرنامج التعليمي في خطوات تنفيذه لابد أن يراعي أو يراعون ما لدى الطفل التوحدي من معلومات أو خبرات سابقة يدركها تمام الإدراك حتى

يبدأون من عندها، ويحسن استثمارها في العملية التعليمية، بما يساعد الطفل على سرعة التفاعل في الموقف التعليمي، وإصدار الاستجابة المقصود تحقيقها من البرنامج.

- قبل أن يبدأ المعلم في تنفيذ البرنامج التعليمي للطفل التوحدي لابد من بذل الجهد لإقامة علاقة تتسم بالألفة والمودة بين المعلم وبينه، بما يجعله أكثر إيجابية في التعامل مع البرنامج، وبما يدفعه للممارسة برغبة وقبول واضح يساعد على تحقيق أهداف البرنامج من تعديل أو تغيير أو تبديل سلوكه، وتحقيق أغراضه على أساس من مشاعر الحب والتقدير.

- قبل أن يبدأ المعلم ومعاونوه في تنفيذ البرنامج التعليمي للطفل التوحدي لابد أن يتم تدريبه على كيفية تعزيز استجاباته حتى يتمكنوا من الثقة في مدى إنجاز البرنامج بنجاح يشعر الطفل بقدر من الثقة بالذات، فيستمر في عملية الإقبال على التعلم ، ويتحسن مستوى أداء الطفل في كل ما يتطلع البرنامج إلى تحقيقه.

- إذا وعد المعلم الطفل التوحدي بوعد ما أثناء وتنفيذ البرنامج التعليمي؛ لابد من الوفاء بالوعد حتى يتحقق بناء قدر كبير من الثقة بينهما – الطفل والمعلم – فيقبل الطفل على العملية التعليمية بدرجة معقولة من التفاعل، ويستجيب لكل ما يصدره المعلم من تعليمات، أو أوامر أو توجيهات معينة، أو إرشادات ضرورية، بما يسهم في سرعة إنجاز الأهداف التعليمية التي قد حددها البرنامج.

- إذا وقع الطفل التوحدي أثناء الموقف التعليمي في بعض الأخطاء التي – يدرك المعلم أنه لا ينبغي أن يقع فيها – عليه أن يكون حازماً معه حتى يدرك مدى الجدية فيما يقدم عليه من خطوات تنفيذ البرنامج التعليمي؛ بما يساعد على سرعة انتباه الطفل وإدراكه للموقف التعليمي، فيتحسن مستوى الأداء عما كان من قبل.

- أن يعد المعلم بيئة الطفل التي سينفذ فيها البرنامج بشكل جيد. بحيث تكون قادرة على استثارة انتباه الطفل التوحدي لتوجيه إدراكه نحو ما يجب أن يدرك في الموقف التعليمي، أو النشاط المدرسي، بما يساعده على سرعة الاستجابة بقدر معقول من الدقة المطلوبة وفق البرنامج، وبما يساعد على تحسن مستوى الأداء فيما بعد.

- إذا أراد المعلم أن يناقش أموراً خاصة بالطفل التوحدي مع

مساعدوه، أو الوالدين ؛ فلا ينبغي أن يتم هذا في حضور الطفل؛ ظناً منه أو منهم أن الطفل لا يدرك ما يقال عنه، أو أنه – على الأقل – لا يستشعر أن الكلام أو المناقشة من أجله. لأن هذا غير صحيح على الإطلاق . ولهذا السبب يجب يتم الحوار والمناقشة حول أمور الطفل وحالته بعيداً عن تواجده.

معوقات التعامل مع التوحديين

إن معدي التقارير الوصفية، ونتائج الدراسات العلمية عن حالات ذوى الاضطراب التوحدي قد رصدوا عدداً من الخصائص؛ والسمات ، والأمور والظروف والأحوال التي رأوا أنها قد تقف حائلاً أو عثرة حال الإقبال على تعليمه أو تدريبه، ولهذا رأينا أنه يجب التنبيه، واعتبار هذه الخصائص حال التعامل معهم حتى يمكن الوصول إلى أفضل مستوى من الأداء في كل ما تهدف إليه البرامج العلاجية أو التعليمية أو التأهيلية لأطفال ذوى الاضطراب التوحدي. وفيما يلي عرض لهذه المعوقات في نقاط محددة، مع محاولة لكيفية التغلب عليها حال تواجدها.

- ☒ إن ما يردده الطفل التوحدي من كلمات أو جمل بسيطة كثيرا ما يكون له دلالة خاصة به، يعبر بها عن طلب شيء ما، أو حاجة خاصة، وعادة لا يستطيع الوالدين إدراك المغزى إلا بعد ملاحظات دقيقة لما يصدر عنه من كلمات. كأن يقول الطفل " أدخل السيارة" فإن معنى هذا الطلب لا يقصده الطفل، أي دخول السيارة في حد ذاتها . بل يريد الخروج من "المنزل" .
- ☒ كثيراً ما تكون تعبيرات الوجه ؛ كالابتسامة أو التعبير عن الحزن غير معبرة عن حالة الطفل التوحدي الوجدانية الحقيقية. وهذا يتطلب من الوالدين دقة الملاحظة لمعرفة دلالة هذه التعبيرات لديه، وما تشير إليه من مغزى.
- ☒ إن نبرات أصواتهم أو ما نطلق عليه في علم اللغة "التنغيم" لا تعبر تعبيراً حقيقياً عن واقع فهمهم أو مشاعرهم لما أردن التعبير عنه. وهذا يتطلب ملاحظة دقيقة جهداً كبيراً من الوالدين أو المعلمين لإدراك معنى هذه النبرات ودلالتها.
- ☒ كثيراً ما نجد ذوى الاضطراب التوحدي يصدرون أصواتاً للتعبير عما يريدون من الآخرين. وفي الوقت نفسه قد لا يفهم الوالدان دلالة هذه الأصوات، ومعرفة ما يريدون، كأن "يصرخون" صرخات شديدة لشعورهم بعدم القدرة على الإفصاح عما

يشعرون أو يريدون. ولهذا وجب عليهما متابعة الطفل متابعة مستمرة لتسجيل كل ما يصدر عنه، ومحاولة تفسيره، وإدراك دلالته.

- ☒ قد يتعامل الأطفال التوحديين مع الآخرين بعنف شديد، كاستخدام أظافرهم في التعامل مع غيرهم، أو مسك الأشياء والتشبث بها لبيان رغبتهم في هذه الأشياء، أو حدوث عكس هذا كعدم الرغبة في هذه الأشياء. وفي الوقت نفسه قد لا يدرك الوالدان أو يفهمان مثل هذا السلوك. وهذا يتطلب أن يكون الوالدان على فهم دقيق ومعرفة حقيقية لهذه السلوكيات للتعامل معها. بما يؤدى إلى نتائج إيجابية وتحسين حالة الطفل، ورفع مستوى أداء سلوكه.

- ☒ نظراً لما يصدره الطفل التوحدي من حركات تكرارية غريبة، فإن هذا من شأنه يبعده كثيراً عن أقرانه. حيث يخشى أو يخاف الأطفال العاديين الاقتراب منه. وهذا يحول بينه وبين معايشة أقرانه العاديين. فتقل فرص الاحتكاك، والتعامل، وبالتالي يؤثر هذا على نموه اللغوي، والاجتماعي، ومدى اكتسابه لعادات وتقاليد مجتمعه؛ ومن أجل هذا ندعو الوالدين والمعلمين والمعالجين إلى اتخاذ الأساليب والإجراءات التي تحول دون تحقيق هذه النتيجة السلبية على حياة الطفل ومدى نموه. وذلك عن طريق اكتساب مزيد من الخبرات في كيفية التعامل مع الطفل التوحدي، واكتساب ثقته حتى يستجيب لتعليمات وأوامر والديه.

- ☒ نتيجة لما يصدره الطفل التوحدي من أنواع السلوك التكراري الغريب، فإن هذا من شأنه أن يسبب إزعاجاً شديداً في المنزل؛ حيث الجري الدائم المستمر من حجرة إلى أخرى، أو تكرار الإضاءة والإطفاء لنور الحجرة.. وكل هذا يتطلب قدراً كبيراً من الصبر في معاملته، وبذل الجهود والمحاولات لتهيئة الظروف لاقتراب الآخرين منه حتى يكتسب كيفية التعامل مع الأشياء والمحيطين به، والاتصال بهم، والعمل على تقبلهم، وحسن التعامل معهم.

- ☒ إن من بين ما يعانيه الطفل التوحدي اكتساب المعلومات الحسية الخاطئة أو المغلوطة التي تثيره وتزعجه، وتجعله في حالة ثورة واضطراب . حيث إنه يتألم تألماً شديداً عند سماع أصوات معينة، أو لمس مواد خاصة، أو شم روائح بعينها؛ مما يفقده القدرة على التركيز في أي شيء. وهذا من شأنه أن يجعل عملية اكتساب

الخبرة الصحيحة والمتسقة أمراً في غاية من الصعوبة. وهذا يتطلب من الوالدين والمعالج والمعلم حكمة، ودقة، وصبراً أثناء التعامل معهم، وأثناء تنفيذ البرنامج العلاجي أو التعليمي.

وبناء على ما تقدم من ذكر وعرض لبعض معوقات التعامل مع ذوى الاضطراب التوحدي فإن الأمر يتطلب من المعنيين بعملية الإرشاد والتوجيه والعلاج والتعليم خبرة وتدريباً ومهارة عند التعامل معهم، وحال تنفيذ البرامج لعلاجهم .. فضلاً عن مساعدتهم على إدراك وفهم طبيعة هذا النوع من الاضطراب الذي يصاب به الأطفال. بما يمكنهم من كيفية وحسن التعامل معهم لتحقيق الأهداف المرجوة من البرامج المعدة لبناء وتكوين شخصية الطفل التوحدي. بالإضافة إلى تهيئة مناخ نفسي، وبيئة مناسبة تساعده على الانتباه، والإدراك والتعلم، والتركيز، واكتشاف ما يتمتع به من قدرات، وإمكانيات، ومعرفة مداها ومستواها. والعمل على حسن استثمارها. بما يمكن الطفل التوحدي من الثقة بذاته، والإسهام في تنمية شخصيته، والإحساس الصحيح السليم بوجوده الاجتماعي.

الفصـــل الســـــابع
الدراســـات العربيـــة للتوحـــد

- تقديـــم .
- بحوث الماجستير .
- بحوث الدكتوراه .
- بحوث ما بعدهما .
- تعليـــق عـــام .

الفصل السابع

الدراسات العربية للتوحد

تقديم

استكمالاً لمزيد من البيانات والمعلومات عن ذوى الاضطراب التوحدي، ولمزيد من الاستبصار الكلي لهذه الحالة، ومعرفة طبيعتها، ومدى انتشارها، وحدودها وأبعادها، ومدى الاهتمام بها، ومشاكلها، وعدد الزوايا التي درست منها ونوعياتها، ومدى ما بذل من جهد لدراستها في مختلف المعاهد والكليات الجامعية في البيئة العربية، وذلك للكشف عن جوانبها، وتحديد مظاهرها، وبيان أعراضها، والوسائل والمحكات التي اعتمد عليها الباحثون للكشف عنها وتشخيصها، ومعرفة مدى الدقة العلمية في دراستها. فضلاً عن التعرف على الأدوات والأساليب والفنيات التي اعتمد عليها في إرشاد وعلاج ذوى الاضطراب التوحدي.

هذا؛ بالإضافة إلى التعرف على البرامج الإرشادية والتعليمية، والتدريبية والعلاجية التي اعتمد عليها الباحثون في علاج هذه الحالة، ومدى دقة بنائها، وما يترتب عليها من إكساب معديها ومنفذيها كثيراً من المعارف والخبرات التي من شأنها أن تسهم في نمو هذه النوعية من الأطفال وتعديل سلوكها أو تبديله أو تغيرها إلى ما هو أفضل؛ لإتاحة الفرصة أمام هذه النوعية من الأطفال للممارسة حياتهم بطريقة أيسر وأسهل. بما يساعدهم على إثبات ذاتهم واستثمار ما لديهم من قدرات وإمكانيات على أفضل وجه، وبما يحقق لأفراد أسرهم حياة أكثر هدوءاً وطمأنينة، وللمجتمع ظروفاً أكثر تهيئة لمزيد من التقدم والتطور. وفيما يلي عرض بعض بحوث الماجستير، والدكتوراه، والبحوث التي أجريت فيما بعدهما وتعليق عام على هذه الدراسات والبحوث.

الاسم: هدى أمين عبد العزيز أحمد.

العنوان: الدلالة التشخيصية للأطفال المصابين بالأوتيزم (الذاتوية).

الدرجة: ماجستير **السنة:** ١٤١٨هـ / ١٩٩٩م

الكلية: الآداب **الجامعة:** عين شمس

تضمنت الدراسة عرضاً وبياناً لما يلي:

- **هدف الدراسة:** هدفت هذه الدراسة إلى الوصول إلى المتغيرات التي لها دلاله في تشخيص الأطفال المصابين بالأوتيزم، كما تهدف إلى دراسة التاريخ الارتقائي للأطفال المصابين بالأوتيزم، وخصائصهم في كل من النواحي النمائية، والسلوكية، والإدراكية.

- **عينة الدراسة:** تكونت عينة الدراسة من (٣٧) سبع وثلاثين طفلاً وطفلة من المصابين بالأوتيزم، وأمهاتهم من المترددين على العيادة التخصصية لمركز معوقات الطفولة جامعة الأزهر وجمعية أحباب الله، والذين تقع أعمارهم ما بين (٣ : ١٥) عاماً بمتوسط قدره (٨,٥٩) عاماً، وانحراف معياري قدره (٣,١٤)، والخالين من الإعاقات الأخرى عدا الأوتيزم.

كما شملت العينة (٣٧) طفلاً وطفلة من الأسوياء وأمهاتهم ممن تقع أعمارهم في الأعمار الزمنية نفسها للعينة السابقة بمتوسط قدره (٨,٥٩) ، وانحراف معياري قدره (٣,١٤). وقد بلغ متوسط أعمار أمهاتهم (٢٩,٣٥) عاماً. وقد تماثلت المجموعتان في كل من المتغيرات الآتية: السن، والجنس، والترتيب في الأسرة، درجة قرابة الوالدين، ومستواهم التعليمي، والمنطقة السكنية.

١- **أدوات الدراسة:** وقد اعتمدت الباحثة على كل من الأدوات الآتية: مطابقة الأعراض على المعيار الإحصائي الرابع DSMIV (١٩٩٤) لتشخيص الأوتيزم لمجموعة الأطفال المصابين به، واستمارة البيانات الأولية، ومقياس السلوك التكيفي، وقائمة تشخيص الأوتيزم، وقائمة فحص المجال الإدراكي لبرنامج بورتيدج للتربية المبكرة.

٢- **فروض الدراسة** - وقد افترضت الباحثة الفروض الآتية :
١- هناك مظاهر أولية للأوتيزم يمكن التعرف عليها خلال الشهور الأولى من الحياة.
٢- يوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الأطفال المصابين بالأوتيزم وبين الأسوياء في النواحى السلوكية ، والإدراكية.
٣- يوجد متغير أو أكثر له دلالة في تشخيص الأوتيزم.

١- **نتائج الدراسة** : وقد أسفرت نتائج الدراسة عن وجود مظاهر أولية تظهر خلال الشهور الأولى من حياة الطفل، كما أشارت إلى وجود فروق بين الأطفال الأسوياء والمصابين بالأوتيزم في النواحي النمائية المختلفة لمقياس السلوك التكيفي، وكانت هذه الفروق في صالح الأطفال الأسوياء. وأظهرت النتائج وجود فروق بين المجموعتين موضع الاهتمام في الدراسة في النواحي السلوكية المختلفة لمقياس السلوك التكيفي لصالح مجموعة الأطفال المصابين بالأوتيزم في جميع الأبعاد؛ باستثناء بعدى السلوك الشاذ جنسياً، وسلوك لا يوثق به. حيث لم تظهر فروق دالة إحصائياً بين المجموعتين على هذين البعدين.

وقد تبين وجود فروق بين المجموعتين في أبعاد قائمة تشخيص الأوتيزم لصالح مجموعة الأوتيزم في جميع الأبعاد. بينما كانت النتائج لصالح الأسوياء في أبعاد قائمة فحص المجال الإدراكي لبرنامج بورتيدج للتربية المبكرة في جميع الأبعاد.

هذا؛ وقد أسفرت نتائج التحليل العاملي لبيانات مجموعة الأوتيزم عن وجود (٨) ثمانية عوامل لها دلالة في تشخيص المصابين بالأوتيزم.

- **توصيات الدراسة**: وقد أنهت الباحثة دراستها بمناقشة هذه النتائج، وبعدد من التوصيات منها؛ ضرورة توعية والدي الأطفال المصابين بالأوتيزم بنوعية اضطرابات المصابين بالأوتيزم ومظاهره الأولية، وأن هذا من شأنه أن يساعد على سرعة الاكتشاف المبكر لهذا النوع من الاضطراب، وتهيئة الظروف لسرعة التعامل معه، وضرورة إجراء دورات تدريبية لكل من مدرس هذه النوعية من الأطفال، والاختصاصين النفسيين والأطباء لإمكانية وسهولة التعرف على أعراض هذه الحالة – الأوتيزم – ودقة تشخيصها.

الاسم: محمد شوقي عبد المنعم عبد السلام

العنوان: فعالية برنامج إرشادي فردى لتنمية بعض مهارات التواصل اللغوي لدى عينة من الأطفال التوحديين.

الدرجة: ماجستير **السنة:** ١٤٢٥هـ / ٢٠٠٥م

الكلية: تربية/ كفر الشيخ **الجامعة:** طنطا

حجم الرسالة: تقع الرسالة في (٢٠١) صفحة

تضمنت الدراسة عرضاً وبياناً لما يلي:

- **هدف الدراسة:** وقد حدده الباحث في الكشف عن مدى فاعلية البرنامج الإرشادي الفردي في تنمية مهارات التواصل اللغوي (الاستماع، والفهم، والتعرف، والتحدث) لدى عينة الدراسة من الأطفال التوحديين.

- **عينة الدراسة:** وقد تكونت من (١٠) عشر أطفال ممن تتراوح أعمارهم ما بين (٦-١٢) عاماً . تم اختيارهم من إحدى مراكز رعاية الطفولة من ذوى الإعاقات الذهنية بالقاهرة.

- **أدوات الدراسة:** وقد اعتمدت الدراسة على الأدوات الآتية: مقياس الطفل التوحدي، وقائمة تشخيص الأوتيزم، وقائمة ملاحظة التواصل اللغوي للطفل التوحدي، والبرنامج الإرشادي الفردي.

١. **فروض الدراسة:** وقد افترض الباحث لهذه الدراسة أربعة فروض هي:

١- دراسة الفروق بين المجموعة التجريبية في القياس القبلي والبعدي على قائمة ملاحظة التواصل اللغوي لصالح القياس البعدى.

٢- دراسة الفروق بين المجموعة التجريبية والضابطة في القياس البعدى على قائمة ملاحظة التواصل اللغوي لصالح المجموعة التجريبية.

٣- لا توجد فروق بين المجموعة الضابطة في القياس القبلي والبعدى على قائمة ملاحظة التواصل اللغوي لصالح المجموعة التجريبية.

٤- لا توجد فروق بين المجموعة التجريبية في القياس القبلي الأول، والبعدى الثاني بعد انتهاء فترة المقابلة في قائمة ملاحظة التواصل اللغوي.

٢- نتائج الدراسة: وقد أسفرت نتائج الدراسة عن فعالية البرنامج الإرشادي الفردي لدى أفراد العينة التجريبية من الأطفال التوحديين. وكذلك أستمرار الفاعلية بعد انتهاء فترة المتابعة لدى أفراد العينة نفسها. بينما ظل حال أفراد العينة الضابطة على واقعها تقريباً في كل من القياس القبلي والبعدى.

- توصيات الدراسة: وقد قدم الباحث (٨) ثمان توصيات لرعاية الأطفال التوحديين؛ وذلك عن طريق اختيار نوعيات من الأنشطة، والتعزيز، لاستخدامها مع هذه النوعية من الأطفال. فضلاً عن الاهتمام بالبرامج الإرشادية التي تقدم الأسرة، والتدريب لكل من الوالدين، والمدرسين، والمتعاملين مع هذه الفئة.

الاسم: حميدة السيد العربي السيد على عبده

العنوان: فعالية التدعيم في خفض مستوى النشاط الزائد لدى الأطفال التوحديين.

الدرجة: ماجستير **السنة:** ٢٠٠٥م

الكلية: تربية بور سعيد **جامعة:** قناة السويس

حجم الرسالة: تقع الرسالة في (٣٠٨) صفحة

تضمنت الدراسة عرضاً وبياناً لما يلي:

- **هدف الدراسة:** قد حددت الباحثة أهداف دراستها في الكشف عن أهم ما يعاني منه الأطفال التوحديين من مشكلات سلوكية؛ كالنشاط الزائد. كما تهدف الدراسة – أيضاً – إلى مساعدة الآباء والمتعاملين مع هؤلاء الأطفال في كيفية التعامل مع هذه المشكلة – النشاط الزائد – بالإضافة إلى تقديم إستراتيجية علاجية تعتمد على التدعيم كإحدى فنيات تعديل السلوك لخفض النشاط الزائد لدى الأطفال التوحديين، والحد من الآثار السلبية المصاحبة له.

- **عينة الدراسة:** تكونت عينة الدراسة من (٨) ثمانية أطفال؛ تم تقسيمهم إلى مجموعتين الأولى تجريبية (٤) أربع أطفال، والثانية ضابطة (٤) أربع أطفال. وقد روعي تجانس أفراد المجموعتين في كل من العمر الزمني، والذكاء ، والجنس، ومستوى التوحدية، والمستوى الاجتماعي الاقتصادي للأسرة.

- **أدوات الدراسة:** وقد اعتمدت الباحثة على الأدوات الآتية: مقياس تقدير السلوك التوحدي، ومقياس جودار للذكاء، ومقياس المستوى الاجتماعي الاقتصادي الثقافي المطور للأسرة، ومقياس النشاط الزائد، والبرنامج العلاجي.

- **فروض الدراسة:** وقد افترضت الباحثة الفروض الآتية:

١- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات الرتب لدرجات أفراد المجموعة التجريبية في مستوى النشاط الزائد قبل تطبيق فنية التدعيم لصالح التطبيق البعدى.

٢- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات الرتب لدرجات المجموعتين التجريبية والضابطة في مستوى النشاط الزائد بعد تطبيق فنية التدعيم لصالح المجموعة التجريبية.

٣- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات الرتب

لدرجات الكسب للمجموعة التجريبية ومتوسطات مثيلتها للمجموعة الضابطة في مستوى النشاط الزائد بعد تطبيق فنية التدعيم لصالح المجموعة التجريبية.

٤- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات الرتب لدرجات المجموعة التجريبية في مستوى النشاط الزائد في القياس البعدى والتتبعي؛ بعد شهرين من التطبيق الأول.

- **نتائج الدراسة:** وقد أسفرت نتائج الدراسة عن صحة فروضها الأربع. حيث تبين اثر البرنامج في خفض سلوك النشاط الزائد لدى أفراد المجموعة التجريبية. حيث بلغت دلالة نسبة الشك عند (٠,٠٥) ، وكذلك الحال بالنسبة للفرض الثاني حيث تبين أثر البرنامج في خفض سلوك النشاط الزائد لدى المجموعة التجريبية عند مقارنتها بالمجموعة الضابطة.

كما أشارت النتائج إلى حدوث انخفاض بيّن في حدة الاضطراب لدى أفراد المجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة، وقد أسفرت النتائج – أيضاً – عن ثبات أثر البرنامج لخفض النشاط الزائد لدى المجموعة التجريبية في كل من القياس البعدى والتتبعي.

- **توصيات الدراسة:** وبناء على ما توصلت إليه الباحثة من نتائج فقد أوصت بما يلي :

- الاهتمام بالأطفال منذ بداية حياتهم، وذلك لإمكانية الكشف المبكر لاضطراب التوحد وسهولة التشخيص.
- ضرورة استمرارية تدريب الوالدين، وكل من يتعامل مع الأطفال التوحديين، لسهولة إمكانية مواجهة ما يحدث من مشكلات.
- أن يتم الكشف والتشخيص عن ذوى الاضطراب التوحدي عن طريق فريق عمل متكامل.
- الاهتمام بالبرامج المعدة لعلاج وتعليم وتدريب ذوى الاضطراب التوحدي.
- توظيف النشاط الزائد لدى هؤلاء الأطفال في إكسابهم مزيد من المهارات؛ كالحركية والفنية.

الاسم: نسرين على ماهر أحمد لاشين

العنوان: دراسة لبعض المشكلات النفسية الشائعة لدى إخوة الأطفال التوحديين.

الدرجة: ماجستير **السنة:** ٢٠٠٥م

الكلية: معهد الدراسات العليا للطفولة. **جامعة:** عين شمس

حجم الرسالة: تقع الرسالة في (١٧٤) صفحة

تضمنت الدراسة عرضاً وبياناً لما يلي:

- **هدف الدراسة:** حددت الباحثة أهداف دراستها فيما يلي: التعرف على أبرز المشكلات النفسية الشائعة لدى أخوة الأطفال التوحديين، وهل تختلف مشكلات إخوان الأطفال التوحديين عن الأخوات، وهل تختلف المشكلات النفسية التي يعاني منها إخوة الأطفال التوحديين عنها لدى إخوة الأطفال العاديين. بالإضافة إلى إثراء الجانب النظري فيما يختص بهذه النوعية من المشكلات التي يعاني منها الأطفال التوحديون.

- **عينة الدراسة:** تكونت عينة الدراسة من (٥٠) خمسين طفلاً وطفلة، (٢٠) عشرين طفلاً وطفلة (١١ نكور ، ٩ إناث) من أخوة الأطفال التوحديين ، و(٣٠) ثلاثين طفل وطفلة؛ (١٥ نكور، و١٥ إناث) من أخوة الأطفال العاديين. وقد تراوحت أعمارهم ما بين (٦ : ١٢) سنة من الأطفال المترددين على العيادات الخاصة والمستشفيات بمدينة بنها، ومن ذوى الطبقة المتوسطة من حيث المستوى الاجتماعي الاقتصادي المتوسط.

- **أدوات الدراسة:** وقد اعتمدت الباحثة على الأدوات الآتية: استبيان المشكلات النفسية الشائعة، واستمارة المستوى الاجتماعي الاقتصادي.

- **فروض الدراسة:** وقد افترضت الباحثة الفروض الآتية:

١- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين أخوة الأطفال التوحديين وأخوة الأطفال العاديين في بعض المشكلات النفسية.

٢- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين أخوة الأطفال التوحديين وأخوة الأطفال العاديين في كل من مشكلة القلق، والعدوان، والخوف، والغيرة. (٤ فروض)

٣- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين أخوة الأطفال التوحديين وأخوة الأطفال العاديين في كل من مشكلة نقص الانتباه وفرط

الحركة، ومشكلة الانسحاب (العزلة)، والملل. (٣ فروض)
٤- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين أخوة الأطفال التوحديين وأخوة الأطفال العاديين في بعض المشكلات النفسية، وتختلف باختلاف الجنس.

- **نتائج الدراسة:** وأسفرت نتائج الدراسة عن أن أخوة الأطفال التوحديين يعانون من بعض المشكلات النفسية التي يعاني منها أخوة الأطفال العاديين. كما أنه لم تظهر فروق بينهما في كل من مشكلتي القلق والعدوان، وظهور مشكلة الخوف لدى أخوة العاديين، وأن هذا الخوف متعلق بمخاوف أخوة الأطفال التوحديين. كما اتضح وجود فروق بين المجموعتين في مشكلة الغيرة، مع عدم وجود فروق بين أخوة الأطفال التوحديين وأخوة الأطفال العاديين فيما يتعلق بمشكلتي نقص الانتباه، وفرط الحركة، ومشكلة الملل.

وأشارت النتائج – أيضاً – إلى عدم وجود فروق بين أخوة المجموعتين (الذكور والإناث) فيما يتعلق بالمشكلات النفسية موضع الاهتمام بالدراسة باستثناء مشكلة العدوان. حيث تبين أن الأخوة الذكور كانوا أكثر عدواناً من الإناث.

توصيات الدراسة: وقد أنهت الباحثة دراستها بعدد من التوصيات المقترحة منها: مشاركة أخوة وأخوات الطفل التوحدي فريق العمل الذي يقدم البرامج الإرشادية والعلاجية لأسر الأطفال التوحديين،وأن تتاح الفرصة لهؤلاء الأخوة في الأفراغ الوجداني عن طريق إتاحة الفرصة لهم بعرض تجربتهم مع أخوانهم التوحديين، وبيان كيفية معايشتهم، ومواجهته لمشكلاتهم، ومدى تقبل إعاقتهم، مع حدوث هذا الأمر داخل أفراد الأسرة؛ عندما يجتمعون في نهاية الأسبوع لبيان مدى نجاحهم في تحمل المسئولية تجاه أخوانهم التوحديين بشرط أن تتناسب المسئوليات ومستوى قدراته وإمكانات كل أخ من أخوة التوحديين. مراعاة الوالدين لاحتياجات ومشاعر الأخوة الأسوياء ، بما لا يتناقض مع احتياجات الطفل التوحدي، مع عدم فرض العزلة على أفراد الأسرة، بما يمكنهم من ممارسة الحياة الاجتماعية مع غيرهم من الناس.

الاسم: سماح قاسم سالم

العنوان: فاعلية استخدام نظام التواصل بالصور في تنمية التواصل الوظيفي لدى الطفل التوحدي.

الدرجة: ماجستير **السنة:** ٢٠٠٦

الكلية: التربية. **جامعة:** حلوان

حجم الرسالة: تقع الرسالة في (٢٦٢) صفحة

تضمنت الدراسة عرضاً وبياناً لما يلي:

- **هدف الدراسة:** حددت الباحثة أهداف دراستها فيما يلي: تنمية التواصل الوظيفي لدى الطفل التوحدي من خلال أحد نظم التواصل البديل؛ بما يساعد على تحقيق مستوى أفضل في مختلف المهارات، وتحديد فاعلية نظام التواصل بالصور في تحقيق الهدف السابق، ومحاولة التوصل إلى نظام اتصالي يساعد على تلافي عيوب وصعوبات النظم الاتصالية الأخرى.

- **عينة الدراسة:** تكونت عينة الدراسة من (١٦) ست عشر طفلاً من الأطفال التوحديين ممن تتراوح أعمارهم الزمنية ما بين (٣ : ٧) سنوات ممن ينتمون للجمعية المصرية للأوتيزم. وقد قسمت هذه العينة إلى مجموعتين؛ مجموعة تجريبية يتم تعليمهم بطريقة (PECS) وهم من أطفال الجمعية المذكورة، والمجموعة الضابطة ويتم تعليمهم بالطرق التقليدية (جلسات التخاطب) وهم من أطفال مركز آلاء جمعية نحو التقدم.

- **أدوات الدراسة:** وقد اعتمدت الباحثة على الأدوات الآتية: بطاقة ملاحظة التواصل الوظيفي لدى الطفل التوحدي، وبرامج (PECS) للتعليم.

- **فروض الدراسة:**

وقد حددت الباحثة تسعة فروض هي:

١- توجد فروق دالة إحصائياً في درجات السلوك الإيجابي لدى أطفال المجموعة التجريبية وذلك في التطبيقين القبلي والبعدى لبطاقة ملاحظة التواصل الوظيفي لصالح التطبيق البعدي.

٢- توجد فروق دالة إحصائياً في درجات كل من التعليق التلقائي، والتعليق الإستجابي لدى أطفال المجموعة التجريبية وذلك في التطبيقين القبلي والبعدى لبطاقة ملاحظة التواصل الوظيفي لصالح التطبيق البعدى.

٣- ينخفض معدل تكرار السلوك السلبي الخاص بكل من الطلب التلقائي، والطلب الإستجابي في التطبيق البعدى لبطاقة ملاحظة التواصل الوظيفي لدى أطفال المجموعة التجريبية.

٤- توجد فروق دالة إحصائياً بين درجات أطفال المجموعة التجريبية، ودرجات المجموعة الضابطة في السلوك الإيجابي الخاص بكل من الطلب التلقائي، والاستجابى، والتعليق التلقائي، والاستجابى؛ وذلك في التطبيق البعدى لبطاقة ملاحظة التواصل الوظيفي لصالح المجموعة التجريبية . (فرضين)

٥- ينخفض معدل تكرار السلوك السلبي الخاص بكل من الطلب الإيجابي وبكل من الطلب التلقائي، والإستجابي لدى أطفال المجموعة الضابطة وذلك بين التطبيقين القبلي والبعدى لبطاقة ملاحظة التواصل الوظيفي.

٦- لا توجد فروق دالة إحصائياً في درجات السلوك الإيجابي بكل من الطلب التلقائي، والاستجابي، والتعليق التلقاني، والاستجابى لدى أطفال المجموعة الضابطة وذلك بين التطبيقين القبلي والبعدى لبطاقة ملاحظة التواصل الوظيفي (فرضين).

٧- لا ينخفض معدل تكرار السلوك السلبي الخاص بكل من الطلب التلقائي، والاستجابى لدى أطفال المجموعة الضابطة بين التطبيقين القبلي والبعدى لبطاقة ملاحظة التواصل الوظيفي.

- **نتائج الدراسة:** وقد أسفرت نتائج الدراسة عن صحة فروضها التسع. حيث تبين فاعلية نظام التواصل بالصور في تنمية المبادأة التي يعتمد عليها الطلب التلقائي والاستجابى، وكذلك الحال بالنسبة لفاعلية النظام في تنمية التعليق الاستجابى، والتلقائي، وإن كانت نتائج التعليق الاستجابي أقل، (الفرض الأول والثاني).

صحة الفرض الثالث؛ حيث انطفاء معظم السلوكيات السلبية (الإيذاء) والعدوان، والصراخ، وخطف الأشياء، وانخفاض تكرار بعض السلوكيات (البكاء، وإصدار أصوات غير مفهومة) لصالح القياس البعدى.

صحة الفرض الرابع والخامس؛ حيث تبين وجود فروق بين مجموعتي الدراسة لصالح المجموعة التجريبية حيث استطاع أطفال هذه المجموعة التعبير عن رغباتهم بشكل تلقائي

استجابي، مستخدمين الكلام أو الصور أو كليهما. بينما لم يحدث تحسن لدى أطفال المجموعة الضابطة في هذين المتغيرين، وكذلك الحال في التعليق التلقائي، والاستجابي. حيث تمكن أفراد المجموعة التجريبية من ظهور هذا التحسن بعد التدريب على استخدام (PECS) .

كما أثبتت النتائج صحة الفرض السادس؛ حيث انخفض معدل تكرار السلوك السلبي (الإيذاء، والعدوان، والصراخ، وخطف الأشياء)، و(البكاء، وإصدار الأصوات غير المفهومه، وترديد الكلام) لدى المجموعة التجريبية. بينما بقى الحال على ما هو عليه لدى المجموعة الضابطة.

صحة الفرض السابع والثامن، حيث لم تظهر فروق لدى أفراد المجموعة الضابطة في كل من القياس القبلي، والبعدى في كل من سلوك الطلب التلقائي، والاستجابي، وكذلك الحال بالنسبة للتعليق التلقائي والاستجابى.

هذا؛ وقد تبين صحة الفرض التاسع؛ حيث أسفرت النتائج عن ارتفاع تكرار السلوكيات السلبية موضع القياس في الدراسة لدى أفراد المجموعة الضابطة.

- **توصيات الدراسة:** وقد أنهت الباحثة بالتوصيات الآتية: ضرورة إجراء دورات تدريبية للآباء والمعلمين لتعليمهم كيفية التعامل مع الطفل التوحدي، بناء على إدراك طبيعة هذا النوع من الاضطراب، وإنشاء وتصميم المراكز التدريبية التابعة للدولة، وذلك لارتفاع تكلفة المراكز الخاصة في العلاج والتدريب والتأهيل. والاهتمام بدراسة نظم التواصل البديل للتعرف على مدى فاعليتها، وإدراك جوانب القوة والضعف في كل نظام. بالإضافة إلى عدد آخر من التوصيات المتكرر في غالبية البحوث.

الاسم: أسامة أحمد مدبولي.

العنوان: فاعلية برنامج TEACCH في تنمية التفاعل الاجتماعي للأطفال التوحديين.

الدرجة: ماجستير **السنة:** ٢٠٠٦

الكلية: معهد الدراسات والبحوث التربوية. جامعة: القاهرة

حجم الرسالة: تقع الرسالة في (٢٥٧) صفحة

تضمنت الدراسة عرضاً وبياناً لما يلي:

- **هدف الدراسة:** تهدف الدارسة إلى معرفة فاعلية برنامج تيتش في تنمية مهارات التفاعل الاجتماعي للأطفال التوحديين في البيئة المصرية والعربية والتحقق من مدى فعاليته في إحداث تحسين في مستوى التفاعل الاجتماعي بينهم وبين أقرانهم، واكتسابهم مستوى جيد من هذه التفاعلات.

- **عينة الدراسة:** تتكون عينة الدراسة من مجموعتين ، التجريبية، والضابطة، وقد بلغ عدد أفراد كل مجموعة (٨) ثمانية أطفال من الأطفال التوحديين (٢ إناث و ٦ ذكور)، وقد تراوحت أعمارهم الزمنية ما بين (٦ : ٩) سنوات، بمتوسط قدره (٧،٢).

- **أدوات الدراسة:** اعتمدت هذه الدراسة على الأدوات الآتية: مقياس تقدير التفاعلات الاجتماعية لدى الطفل التوحدي ، وبرنامج تيتش للتفاعل الاجتماعي.

- **فروض الدراسة:** افترض الباحث لهذه الدراسة أربعة فروض:

١- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدى لمهارات التفاعل الاجتماعي لصالح المجموعة التجريبية.

٢- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدى لمهارات التفاعل الاجتماعي لصالح القياس البعدى.

٣- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات المجموعة الضابطة في القياسين القبلي والبعدى لمهارات التفاعل الاجتماعي.

٤- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات المجموعة التجريبية في القياس البعدى والتتبعي – بعد مرور شهرين – لمهارات التفاعل الاجتماعي.

- **نتائج الدراسة:** وقد أسفرت نتائج الدراسة عن صحة فروض الدراسة. حيث تبين وجود فروق – في كل من الفرض الأول والثاني – لصالح المجموعة التجريبية، والقياس البعدى على التوالي. وعدم وجود فروق – في كل من الفرض الثالث والرابع – بين درجات المجموعة الضابطة في القياسين القبلي والبعدى لمهارات التفاعل الاجتماعي. وعدم وجود فروق بين درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعى بعد مرور شهرين من انتهاء البرنامج في مهارات التفاعل الاجتماعي.

- **توصيات الدراسة:** وقد انتهت الدراسة بعد مناقشتها بعدد من التوصيات التربوية الخاصة بهذه النوعية – ذوى الاضطراب التوحدي – من الأطفال من بينها أهمية تقديم برامج تربوية خاصة لاستمرارية النمو لديهم أو عدم انتكاس الحالة إلي ما كانت عليه قبل تنفيذ البرنامج العلاجي أو التعليمي. كما أوصى الباحث بضرورة إجراء مزيد من الدراسات في مجال تنمية مهارات ذوى الاضطراب التوحدي، وخاصة على برنامج تيتش، فضلاً عن حل ما يعترض حياتهم من مشكلات.

الاسم: سهام على عبد الغفار عليوه

العنوان: فاعلية كل من برنامج إرشادي للأسرة، وبرنامج للتدريب علي المهارات الاجتماعية للتخفيف من أعراض الذاتوية (الأوتيزم) لدى الأطفال.

الدرجة: دكتوراه **السنة:** ١٩٩٩م

الكلية: تربية / كفر الشيخ. **جامعة:** طنطا

حجم الرسالة: تقع الرسالة في (٢٩٢) صفحة

تضمنت الرسالة عرضاً وبياناً لما يلي:

- **هدف الدراسة:** قد حددت الباحثة هدف الدراسة في اختبار إمكانية التدخل السيكولوجي لدى عينة من الأطفال التوحديين باستخدام إستراتيجية علاجية تعتمد على الطفل ذاته، باستخدام برامج لتنمية المهارات الاجتماعية عن طريق المشاركة في النشاطات اليومية التي تدور حوله، وإستراتيجية علاجية تعتمد على الأسرة باستخدام برنامج إرشادي للتخلص من عزلتها، ومساعدة الطفل التوحدي لزيادة تفاعله مع الآخرين، بما يخفف أعراض التوحد لديهم.

- **عينة الدراسة:** تكونت العينة من (١٦) طفلاً؛ (١١) ولداً و(٥) بنات من التوحديين تم تشخيصهم عن طريق التشخيص الإحصائي (DSM-IV) من جمعية أباء وأبناء لذوى الإعاقات الذهنية بالقاهرة، ومركز الرجاء لرعاية هذه النوعية بطنطا. وتتراوح أعمارهم الزمنية من (٤,٣ : ١٤) سنة ، بمتوسط قدره (١٠,٠٨) وانحراف معيارى قدره (٢,٩١) وقد بلغ متوسط نسبة ذكاء أفراد العينة (٥٨,٨١)، وانحراف معياري قدره (٥,٦٩) .

- **أدوات الدراسة:** وقد اعتمدت الدراسة على الأدوات الآتية: مقياس السلوك التوافقي (.A.B.E) ومقياس النضج الاجتماعي، وقائمة ريملاند لتشخيص الأطفال ذوى السلوك المضطرب، ومقياس تقييم التوحد للطفولة.

- **فروض الدراسة:** وقد افترضت الباحثة لهذه الدراسة ثلاثة فروض هي:

١- يوجد تأثير دال إحصائياً لبرنامج المهارات الاجتماعية. وبرنامج للإرشاد الأسرى في تخفيف أعراض التوحد لدى عينة من الأطفال التوحديين.

٢- يكون استخدام برنامج المهارات الاجتماعية، وبرنامج للإرشاد الأسرى معاً أكثر فعالية في تخفيف أعراض التوحد لدى عينة الدراسة.

٣- يستمر تأثير برنامج المهارات الاجتماعية، والإرشاد الأسرى في تخفيف أعراض التوحد لدى عينة الدراسة خلال فترة المتابعة.

- **نتائج الدراسة:** وقد أسفرت نتائج الدراسة عن فاعلية كل من البرنامج الإرشادي للأسرة، وبرنامج التدريب على المهارات الاجتماعية لتخفيف أعراض التوحد لدى أفراد عينة الدراسة. كما حدث تأثير ايجابي لكلا البرنامجين في تخفيف الاضطرابات الانفعالية لدى أفراد العينة. وقد تبين أن تأثير تدريب أفراد العينة لا يتم بفعالية إذا نفذ لفترة قصيرة. وأن يتطلب استمرار التدريب لفترة أطول قد تستمر لمدة خمسة سنوات أو أكثر

- **توصيات الدراسة:** وقد قدمت الباحثة (٢٤) أربع وعشرين توصية لرعاية الأطفال التوحديين، تتضمن إقامة علاقة طيبة مع هذه النوعية من الأطفال، مع مراعاة الفروق الفردية بينهم، وان يتم التعامل معهم بقدر من المرونة أثناء رعايتهم مع التركيز على الجوانب الإيجابية التي اكتسبوها من خلال العمل الجماعي التعاوني.

تهيئة الظروف لممارسة النشاط من خلال اللعب الجماعي؛ بما يساعدهم على الخروج من عزلتهم، وأن يتم التركيز على تنفيذ برامج المهارات الاجتماعية، والإرشاد الأسرى لتحقيق مستوى أفضل من النمو لديهم، مع ضرورة استثمار ما لديهم من نشاط زائد في تنفيذ هذه البرامج بما يساعد على تخفيف أعراض التوحد لديهم.

لابد من التعرف على ظروف هذه النوعية من الأطفال؛ وذلك عن طريق إقامة علاقة طيبة مع أفراد أسرهم لتبادل الخبرات والمعلومات، مع توفير فرص التدريب لهذه الأسر. مما يساعدهم على المشاركة الإيجابية في تنفيذ البرامج العلاجية والإرشادية والتدريب.

التركيز على متابعة حالات هؤلاء الأطفال لمعرفة مدى استمرارية تأثير البرامج التي قدمت لهم، واستمرارية تعزيز السلوك الايجابي لديهم لمساعدتهم على اكتشاف ذواتهم وتقبلهم . والإحساس بالرضا عن ذواتهم.

الاسم: السيد عبد العزيز مصطفي الرفاعي

العنوان: اضطرابات بعض الوظائف المعرفية، وعلاقتها بمستوى التوافق لدى الأطفال الذاتيين .

الدرجة: دكتوراه **السنة:** ١٩٩٩

الكلية: معهد الدراسات العليا للطفولة. **جامعة:** عين شمس

حجم الرسالة: تقع الرسالة في (٣٠٥) صفحة

- **هدف الدراسة:** حدد الباحث أهداف دراسته فيما يلي: التعرف على بعض اضطرابات الوظائف المعرفية المصاحبة لاضطرابات الطفولة الذاتوية، والكشف عن تقدير مستوى التوافق لديهم، وكذلك التعرف على مدى العلاقة بين هذه الاضطرابات ومستوى التوافق لديهم. فضلاً عن التعرف على خصائص والدي الأطفال الذاتويين، والكشف عن صعوبات ومشكلات الطفل الذاتوى من خلال تقييم بعض الوظائف المعرفية لديه. بالإضافة إلى تقديم إستراتيجية علاجية لهذه النوعية من الأطفال.

- **عينة الدراسة:** تكونت عينة الدراسة من ثلاث مجموعات بلغ عدد كل منها (٢٠) عشرون طفلاً ذاتوياً (١٧ ولداً ، و٣بنات)، ويقابلهم عينة من الأطفال المتخلفين عقلياً، وأخرى من الأسوياء: (١٥ ولداً، و٥ بنات)، و(١٤ ولداً و٦ بنات) على التوالي. وقد تراوحت أعمار المجموعة الضابطة ما بين (٣,٧ : ١٢) عاماً، بمتوسط قدره (٩,١)، وانحراف معياري (٣,٢).

- **أدوات الدراسة:** اعتمد الباحث في دراسته على كل من الأدوات الآتية: المقابلات الوالدية، تقارير المدرسين، الملاحظات الإكلينيكية، وأدوات تقييم مراحل النمو، واختبارات خاصة بالنمو الحركي البصري، وأخرى بتقييم السمع. بالإضافة إلى الفحوصات الوراثية والعصبية. ثم مجموعة الاختبارات المقننة للذكاء، والوظائف التكيفية، ومقياس الطفولة الثانوية، وقائمة تقدير التوافق.

- **فروض الدراسة:** وقد افترض الباحث الفروض الآتية:

١ـ توجد علاقة ارتباط إيجابي دال بين الدرجة الكلية لاضطرابات الوظائف المعرفية ومستوى التوافق لدى كل من مجموعة الأطفال الذاتويين، ومجموعة المتخلفين، ومجموعة الأسوياء (٣ فروض).

٢- توجد فروق دالة إحصائياً بين الدرجة الكلية لاضطرابات الوظائف المعرفية لدى كل من مجموعة الأطفال الذاتويين، والمتخلفين.

٣- توجد فروق دالة إحصائياً بين الدرجة الكلية للتوافق لدى كل من مجموعة الأطفال الذاتويين والمتخلفين.

٤- توجد فروق دالة إحصائياً بين الدرجة الكلية لاضطرابات الوظائف المعرفية لدى كل من مجموعة الأطفال الذاتويين، والأسوياء .

٥- توجد فروق دالة إحصائياً بين الدرجة الكلية للتوافق لدى كل من مجموعة الأطفال المتخلفين والأسوياء.

٦- توجد فروق دالة إحصائياً بين الدرجة الكلية لاضطرابات الوظائف المعرفية لدى كل من مجموعة الأطفال المتخلفين عقلياً، والأسوياء.

- **نتائج الدراسة:** وقد أسفرت نتائج الدراسة عن عدم وجود علاقة إرتباطية بين اضطرابات بعض الوظائف المعرفية ودرجة التوافق لدى مجموعة الأسوياء. بينما وجدت فروق بين مجموعة الأطفال الذاتويين والمتخلفين عن اضطرابات بعض الوظائف المعرفية متمثلة في الذكاء. وأن الأطفال المتخلفين كانوا يتميزون عن الأطفال الذاتويين في ارتفاع المستوى اللفظي متمثلاً في المفردات، والفهم، وتذكر الأرقام والجمل. كما أسفرت النتائج الخاصة بكل من الفرض الخامس حتى الفرض التاسع عن وجود فروق بين مجموعة الدراسة في المتغير موضوع الاختبار في كل فرض.

- **توصيات الدراسة:** وقد أنهي الباحث دراسته بعدد من التوصيات منها:

- ضرورة الاهتمام بمستوى إدراك المعنى والفهم بعيداً عن الحفظ الآلي الترديدي دون وعي بما يردد لدي الأطفال ذوي الاضطراب التوحدي. وكذلك تهيئة الظروف والأحوال، والبيئة بشكل عام لأداء المهام العلاجية. بما يحقق النجاح فيها، مع الاهتمام بدقة الاستراتيجيات العلاجية لهم.

- يجب تحديد الأهداف تحديداً دقيقاً؛ بما يساعد على تحقيق الاحتياجات الأساسية للوصول إلى مستوى أفضل من النمو لهذه النوعية من الأطفال، والكشف عما لديهم من القدرات والإمكانيات

لتنميتها والمحافظة عليها، وحسن استثمارها، هذا ، مع ضرورة الاهتمام بالأطفال التوحديين ورعايتهم من خلال إدراك طبيعتهم ومشكلاتهم بطريقة علمية.

- الاهتمام بأسر هؤلاء الأطفال عن طريق إرشادهم، وتوجيههم، وتدريبهم. بما يساعدهم على سهولة اكتشاف الطفل التوحدي في وقت مبكر، وإمكانية الإسهام في علاجهم بدرجة عالية من الإيجابية على أساس من تفهم طبيعتهم، ومعرفة خصائصهم، وإدراك مشاكلهم، والعمل على حلها بطريقة سهلة، ميسورة. وكل هذا من شأنه إعطاء مزيد من الأمل لأسرهم.

الاسم: هالة فؤاد كمال الدين محمد

العنوان: تصميم برنامج لتنمية السلوك الاجتماعي للأطفال المصابين بأعراض التوحد.

الدرجة: دكتوراه **السنة:** ٢٠٠١

الكلية: معهد الدراسات العليا للطفولة **جامعة:** عين شمس

حجم الرسالة: تقع الرسالة في (٣٤٨) صفحة

- **هدف الدراسة:** حددت الباحثة أهداف دراستها في تصميم برنامج باللغة العربية لإكساب الطفل المصاب بأعراض التوحد لمهارات السلوك الاجتماعي، وتدريب الطفل التوحدي على اكتساب السلوك الاجتماعي السليم. وقد تطلب تحقيق هذه الأهداف إعداد مقياس – عن طريق الترجمة – لقياس السلوك الاجتماعي للأطفال المصابين بأعراض التوحد.

- **عينة الدراسة:** تكونت عينة الدراسة من (١٦) ستة عشر فرداً من المصابين بأعراض التوحد ممن تتراوح أعمارهم الزمنية ما بين (٣ : ٧) سنوات. وقد أخذت هذه العينة من المراكز المتخصصة لرعاية هذه النوعية من الأطفال في مدينة جدة بالمملكة العربية السعودية.

- **أدوات الدراسة:** اعتمدت الباحثة على الأدوات الآتية: قائمة السلوك التوحدي ، واستمارة السلوك اللفظي، واستمارة تقويم التفاعل الاجتماعي، والبرنامج المعد من قبل الباحثة لتنمية السلوك الاجتماعي لذوى الاضطراب التوحدي من الأطفال.

- **فروض الدراسة:** وقد افترضت الباحثة لهذه الدراسة الفروض الآتية:

١- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أطفال المجموعة التجريبية ومتوسطات درجات المجموعة الضابطة في القياس القبلي لقائمة السلوك التوحدي، واستمارة السلوك اللفظي، واستمارة التفاعل الاجتماعي (٣ فروض).

٢- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أطفال المجموعة التجريبية قبل وبعد تنفيذ البرنامج في قائمة السلوك التوحدي، واستمارة السلوك اللفظي، واستمارة التفاعل الاجتماعي لصالح المجموعة التجريبية. (٣ فروض)

٣- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أطفال المجموعة التجريبية ومتوسطات درجات المجموعة الضابطة بعد تنفيذ البرنامج في القياس البعدى على قائمة السلوك التوحدي، واستمارة السلوك اللفظي، واستمارة التفاعل الاجتماعي لصالح المجموعة التجريبية. (٣ فروض)

٤- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أطفال المجموعة الضابطة في القياس القبلي والبعدى في قائمة السلوك التوحدي، واستمارة السلوك اللفظى، واستمارة التفاعل الاجتماعي (٣ فروض).

- **نتائج الدراسة:** أسفرت نتائج الدراسة عن انخفاض مستوى أداء أفراد العينة من ذوى الاضطرابات التوحدي على قائمة سلوكهم، وارتفاع معدل ظهور كثير من الألفاظ الجديدة والمتنوعة ذات المقاطع المتعددة في استمارة السلوك اللفظي، وارتفاع مستوى تفاعل أفراد العينة، وإقبالهم على اللعب المستقل فيما هو موجود في استمارة التفاعل الاجتماعي.

- **توصيات الدراسة:** وقد أنهت الباحثة دراستها بوضع عدد من التوصيات الآتية: مراعاة الأطفال ذوى الاضطراب التوحدي عن طريق مدارس التربية الفكرية، وتطبيق برامج تنمية السلوك الاجتماعي لديهم، مع ضرورة مشاركة الأسرة المدارس في تنفيذ البرامج العلاجية والإرشادية. حيث تبين أهمية مشاركة كل من الأسرة والمعلمين في هذا الأمر. كما أوصت الباحثة بأهمية إسهام الوالدين في تصميم البرامج لما لهما من دراية وخبرة مباشرة مع أطفالها تفيد في إعداد برامج أكثر فاعلية.

الاسم: سهي أحمد أمين نصر

العنوان: مدى فاعلية برنامج علاجي لتنمية الاتصال اللغوي لدى بعض الأطفال التوحديين.

الدرجة: دكتوراه **السنة:** ٢٠٠١

الكلية: معهد الدراسات العليا للطفولة **جامعة:** عين شمس

حجم الرسالة: تقع الرسالة في (٥١٩) صفحة

تضمنت الرسالة عرضاً وبياناً لما يلي:

- **هدف الدراسة:** قد حددت الباحثة هدف دراستها في وضع مقياس تقديري لقياس الاتصال اللغوي لدى الأطفال التوحديين، وإعداد برنامج علاجي لهم يعتمد على بعض الأنشطة لتنمية مهارات الاتصال اللغوي لديهم، ووضع برنامج إرشادي مقترح للآباء في كيفية التدخل مع أطفالهم للمحافظة على مستوى الأطفال التوحديين الذي وصلت إليه المعلمة.

- **عينة الدراسة:** تكونت عينة الدراسة من (١٠) عشر أطفال توحديين ممن يقعون في المستوى المتوسط من التوحدية، وقد تراوحت أعمارهم ما بين (٨ : ١٢) سنة، ونسب ذكائهم ما بين (٥٠ : ٧٥) باستخدام مقياس استنافورد بينيه، وقد اشترطت الباحثة ألا تقل مدة بقاء الطفل في المدرسة عن سنتين..

- **أدوات الدراسة:** وقد اعتمدت الدراسة على الأدوات الآتية: قائمة تقييم الطفل التوحدي، ومقياس تقدير الاتصال اللغوي للطفل التوحدي، وبرنامج علاجي للأطفال التوحديين، وبرنامج إرشادي للآباء والمعلمين، وبطاقة ملاحظة تتبعية السلوك الاتصالي للطفل التوحدي، وانتهت باستخدام دراسة الحالة لطفلين من أفراد العينة.

- **فروض الدراسة:** وقد افترضت الباحثة لهذه الدراسة فرضاً رئيسياً هو:

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات الأطفال عينة الدراسة في مهارات الاتصال اللغوي؛ وقد تفرع من هذا الفرض عدداً من الفروض الأخرى:

١- توجد فروق بين متوسط درجات أفراد عينة الدراسة في كل من مهارة الانتباه، ومهارة التعرف والفهم، ومهارة التعبير، ومهارة التسمية قبل وبعد تطبيق البرنامج لصالح التطبيق البعدي.

٢- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مهارات كل طفل قبل وبعد تطبيق البرنامج الخاص لرفع مستوى مهارات الاتصال اللغوي لدى الأطفال التوحديين.

- **نتائج الدراسة:** وقد أسفرت نتائج الدراسة عن وجود فروق دالة إحصائياً بين كل من التطبيق القبلي والبعدى في مهارات الاتصال اللغوي لدى عينة الدراسة لصالح التطبيق البعدى. كما أسفرت النتائج عن وجود فروق دالة إحصائيا في مهارات كل طفل (التقليد، التعرف والعهم، والانتباه) والمراكز الأولي في تنمية مهارات الاتصال اللغوي لدى عينة الدراسة لصالح التطبيق البعدى للبرنامج.

- **توصيات الدراسة:** كما قدمت الباحثة عدداً من التوصيات بناء على نتائج الدراسة هي: تتمثل في أهمية التدقيق في أساليب تشخيص ذوى الاضطراب التوحدي، وكذلك الاهتمام برعايتهم عن طريق تهيئة البيئة بأنواع من الأنشطة ذات القيمة في تعديل سلوكهم وتنمية مهاراتهم، وكذلك الاهتمام بحاجاتهم، وقدراتهم، وانتقاء الوسائل المعينة في تعليمهم، وطرق التواصل معهم.

الاسم: نادية إبراهيم عبد القادر أبو السعود

العنوان: فعالية استخدام برنامج علاجي معرفي سلوكي في تنمية الانفعالات والعواطف لدى الأطفال المصابين بالتوحدية وآبائهم.

الدرجة: دكتوراه **السنة:** ٢٠٠٢

الكلية: معهد الدراسات العليا للطفولة **جامعة:** عين شمس

حجم الرسالة: تقع الرسالة في (٣٦٦) صفحة

تضمنت الرسالة عرضاً وبياناً لما يلي:

- **هدف الدراسة:** قد حددت الباحثة هدف دراستها في تصميم برنامج معرفي سلوكي لتنمية الانفعالات والعواطف لدى الأطفال المصابين بالتوحد وآبائهم بعد تنفيذ البرنامج لمعرفة مدى فعالية وكفاءة هذا البرنامج لتحقيق ما يهدف إليه.

- **عينة الدراسة:** تكونت عينة الدراسة من مجموعة استطلاعية بلغت (٣٠) ثلاثون طفلاً وطفلة من المصابين بالتوحدية، ومن أعمار زمنية مختلفة، وقد تم تحديد عينة الدراسة من (٨) ثمان أطفال ممن تتراوح أعمارهم ما بين (٣ : ٦) سنوات. بالإضافة إلى أمهاتهم وآبائهم.

- **أدوات الدراسة:** وقد اعتمدت الدراسة على الأدوات الآتية: التشخيص الإكلينيكي لطبيب الأمراض العصبية، ومطابقة الأعراض على المعيار الإحصائي الرابع DSM IV (١٩٩٤) لتشخيص الأوتيزم، وقائمة تشخيص الأوتيزم بمجتمعنا، وقائمة مراجعة المظاهر السلوكية للاضطراب التوحدي، ودليل ملاحظة سلوك الطفل التوحدي، واستجابات الأم أو الأب، واستمارة بيانات أولية، وبرنامج العلاج المعرفي والسلوكي لاستثارة انفعالات وعواطف الطفل التوحدي ووالديه.

- **فروض الدراسة:** وقد افترضت الباحثة خمسة فروض هي:
  ١- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات الانفعالات السلبية للوالدين تجاه الطفل التوحدي قبل وبعد البرنامج العلاجي لصالح التطبيق البعدى للبرنامج.
  ٢- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات الانفعالات السلبية لأطفال العينة التجريبية قبل وبعد البرنامج لصالح التطبيق البعدى.

٣- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات اضطراب التفاعل الاجتماعي لأطفال العينة التجريبية قبل وبعد البرنامج لصالح التطبيق البعدى.

٤- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات العزلة العاطفية لأطفال العينة التجريبية قبل وبعد البرنامج لصالح التطبيق البعدى.

٥- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات المشكلات السلوكية لأطفال العينة التجريبية قبل وبعد البرنامج لصالح التطبيق البعدى.

- **نتائج الدراسة:** وقد أسفرت نتائج الدراسة عن صحة الفروض الخمسة السابقة. حيث أثبتت نتائج البرنامج وجود تفاعل أفضل بين الوالدين وطفلهما التوحدي، كما اتضح وجود تواصل لفظي أفضل بالنسبة لأطفال العينة التجريبية، وتبين أن الأطفال التوحديين قد اكتسبوا بعض المهارات الاجتماعية، ورعاية الذات، وحس حركي.

هذا؛ وقد تبين أن اشتراك الوالدين في البرنامج قد ساهم في رفع درجة الاستفادة، وزيادة فعالية البرنامج. فضلاً عن تدريب الأمهات على حل مشكلات أطفالهن التوحديين. وقد أشارت نتائج البرنامج بشكل عام إلى تأييد العامل النفسي في أسباب حدوث الاضطراب التوحدي، وكأساس للعلاج الناجح.

- **توصيات الدراسة:** وقد أنهت الباحثة بعدد من التوصيات اعتماداً على ما توصلت إليه من نتائج دراستها. حيث أكدت على أهمية إرشاد وتدريب الوالدين على تنمية مهاراتهما للتعامل مع الضغوط، والأزمات، وحل المشكلات، مع ضرورة استمرارية تدريب الأطفال التوحديين على المهارات الاجتماعية المقبولة، وكذلك تدريبهم على أسلوب حل المشكلات التي تواجههم، وأهمية التثقيف الصحي للأم، واستمرارية تنمية الإرشاد والوعي الأسرى، وذلك بإنشاء مراكز لذوى الاحتياجات الخاصة، وفي مقدمتهم ذوى الاضطراب التوحدي، ويستعان بأجهزة الإعلام ووسائلها في عملية إرشاد وتوجيه وتنمية الأطفال التوحديين وأسرهم.

الاسم: محمد أحمد محمود خطاب

العنوان: فعالية برنامج علاجي باللعب لخفض درجة بعض الاضطرابات السلوكية لدى عينة من الأطفال التوحديين.

الدرجة: دكتوراه **السنة:** ٢٠٠٤

الكلية: معهد الدراسات العليا للطفولة **جامعة:** عين شمس

حجم الرسالة: تقع الرسالة في (٣٥٤) صفحة

تضمنت الرسالة عرضاً وبياناً لما يلي:

- **هدف الدراسة:** حدد الباحث أهداف هذه الدراسة فيما يلي: الكشف عن الاضطرابات السلوكية، ومعرفة مدى حدتها، ومدى شيوعها، تمهيداً لبيان كيفية رعاية ذوى الاضطراب التوحدي من الأطفال، وبرنامج علاجي باللعب بهدف خفض حدة الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال التوحديين، واستمارة المستوى الاقتصادي الاجتماعي الثقافي للأسرة.

- **عينة الدراسة:** تكونت عينة الدراسة من (٢٠) عشرين طفلاً (١٢ ولداً و ٨ بنات)، وقد تم تقسيمهم إلى (١٠) عشر أطفال كمجموعة تجريبية، و(١٠) الأخرى كمجموعة ضابطة. وقد تراوحت أعمارهم الزمنية ما بين (١٠ : ١٢) سنة، وقد حددت نسبة توحدية متوسطة لدى المجموعتين، وكذلك الحال بالنسبة للمستوى الاقتصادي والاجتماعي والثقافي، وقد أخذت هذه العينة ممن يترددون على العيادة الخاصة بمعهد الدراسات العليا للطفولة جامعة عين شمس.

- **أدوات الدراسة:** اعتمد الباحث في دراسته على الأدوات الآتية: قائمة تشخيص التوحديين DIM IV ١٩٩٤، ومقياس الاضطرابات السلوكية، واستمارة المستوى الاقتصادي والاجتماعي والثقافي للأسرة. بالإضافة إلى دراسة حالة.

- **فروض الدراسة:** افترض الباحث لهذه الدراسة فرضاً أولياً هو: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات المجموعة التجريبية والضابطة في اضطرابات السلوك قبل تطبيق البرنامج العلاجي باللعب. وقد تفرع منه الفروض الآتية:

١- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات المجموعة التجريبية والضابطة في الاضطرابات السلوكية بعد تطبيق البرنامج لصالح المجموعة التجريبية.

٢- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات المجموعة الضابطة في الاضطرابات السلوكية قبل وبعد تطبيق البرنامج.

٣- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات المجموعة التجريبية في اضطرابات السلوك قبل وبعد تطبيق البرنامج لصالح التطبيق البعدى.

٤- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات المجموعة التجريبية في اضطرابات السلوك في تطبيق البرنامج البعدى لصالح القياس البعدى (المتابعة)

٥- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين التغير الذي حدث للمجموعة التجريبية، والتغير الذي حدث للمجموعة الضابطة. أي صافي الفرق بين النقلة التي حدثت للمجموعة التجريبية، والنقلة التي حدثت في المجموعة الضابطة من حيث تخفيف الاضطرابات السلوكية.

- **نتائج الدراسة:** أسفرت نتائج الدراسة عن وجود فروق بين المجموعتين موضع الاهتمام في الدراسة في الأبعاد الأربعة لمقياس الاضطرابات السلوكية (إيذاء الذات، ونوبات الغضب، والنشاط الحركي المفرط، ونقص الانتباه)، وسلوك عجز التواصل مع الآخرين. بعد تطبيق البرنامج لصالح المجموعة التجريبية. وكذلك في متوسط رتب أطفال المجموعة التجريبية لصالح هذه المجموعة. بينما لم تظهر أية فروق في الاضطرابات السلوكية في المجموعة الضابطة قبل وبعد تطبيق البرنامج على المجموعة التجريبية.

هذا؛ وقد أشارت النتائج إلى وجود فروق لدى المجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج من حيث تخفيف الاضطرابات السلوكية لصالح التطبيق البعدى. وكذلك الحال في القياس البعدى (المتابعة) مما يدل على استمرارية فاعلية البرنامج العلاجي باللعب على أفراد المجموعة التجريبية، وهذا ما أكدته نتائج الفرض الخامس.

- **توصيات الدراسة:** وقد انتهي الباحث – كما انتهي غيره – بإثبات عدد من التوصيات تتركز في الاهتمام بالتشخيص ودقته، وإعداد المتخصصين الذين يتعاملون مع ذوى الاضطراب التوحدي. والاهتمام بمراكزهم والعناية بها، وكذلك مقدرتهم ، وقد أوصى بعمل مسح لتحديد حجم مشكلة التوحديين، ودراسة مشكلاتهم والكشف عنها مبكراً لسهولة علاجها وحلها، وتنظيم برامج للآباء والمتخصصين لكيفية التعامل مع هذه النوعية من الأطفال لمتابعة مدى استمرارية نموهم وتقدمهم، وما قد يحدث من تعسر لحالة الطفل.

الاسم: عمر بن الخطاب خليل
العنوان: التشخيص الفارق بين التخلف العقلي، واضطرابات الانتباه والتوحدية
الكلية: مركز معوقات الطفولة **جامعة:** الأزهر
مجلة دراسات نفسية: جـ (٧) يوليو ١٩٩١ ص ص ٥١٣ : ٥٢٨

تضمن البحث عرضاً وبياناً لما يلي:

- **هدف الدراسة:** تهدف هذه الدراسة إلى التعرف على ثلاثة من اضطرابات الطفولة؛ بقصد التمييز أو التشخيص الفارق بين كل من التخلف العقلي، واضطرابات الانتباه، والشخصية التوحدية. حتى يمكن معرفة خصائص وسمات كل فئة ، وطبيعة المشكلات التي تعانيها. بالإضافة إلى التعرف على المحكات التشخيصية التي يمكن الاعتماد عليها في تحديد نوعية من هذه النوعيات.

- **تحديد المفاهيم:** وقد قدم الباحث عرضاً واضحاً لتحديد مفاهيم الإعاقة، والمظاهر السلوكية المرتبطة بكل إعاقة منها على حدة؛ بما يساعد على الوصول إلى نتائج تشخيصية سليمة. وفي مقدمة هذه المفاهيم؛ مفاهيم القدرات المعرفية. وقد ركز الباحث على تعريف كل مصطلح من مصطلحات هذه القدرات، كالانتباه، والإدراك، ومدى الذاكرة، والذاكرة المباشرة، والذاكرة قصيرة المدى، والبعيدة المدى.

ويرى الباحث أن هذه التعريفات تساعد في توضيح تعريف الإعاقات، والاضطرابات الخاصة بالأطفال؛ أي أنه إذا حدث خلل في إحدى هذه القدرات المعرفية، فإنه يترتب عليه الاضطراب الذي يحدث إعاقة معينة. مما يساعد على فهم وتحديد ملامح الإعاقة ونوعها؛ بداية بتعريف التخلف العقلي، واضطراب الانتباه، ثم التوحدية.

واستمر الباحث في تحديد مفهوم التخلف العقلي والذي يقاس – عادة – عن طريق اختبارات الذكاء والتي تعتمد في التعرف على نسبة الذكاء على التحصيل الدراسي كمؤشر لذكاء الطفل. وبناء على هذا تم اعتبار نسبة الذكاء (٧٠) أو أقل بإنحرافيين معياريين عن المتوسط وفق مقياس وكسلر.

وبناء على النقد الذي وجه على نسبة الذكاء كمعيار للتخلف العقلي، أضيف محك آخر هو قدرة الفرد على التكيف والمواءمة مع البيئة التي يعيش فيها. وقد انتهي إلى أن المتخلف عقلياً هو الفرد المعتمد على غيره، وغير القادر على إدارة شئون حياته بالكفاءة المطلوبة.

ويشير الباحث إلى أن هذا المحك – أيضاً – قد وجه إليه بعض نقاط النقد على أساس أن عدم المواءمة والتكيف قد لا ترجع إلى القصور في الوظائف العقلية، وقد تكون نتيجة للمشكلات الانفعالية التي يعاني منها الفرد، والتي قد تتداخل وتتشابك مع إمكانية قدرته على العيش مستقلاً.

وقد أشار الباحث إلى محك آخر يعتمد في تحديد التخلف العقلي على التعريفات الطبية التي تتناول المشكلات البنائية، والذي يحدد هذا المفهوم بأنه يعاني من أمراض دماغية حادة في طفولته المبكرة، وتؤثر هذه الأمراض في نمو المخ، وما يتبع هذا من ظهور مشكلات في مدى ارتقاء الوظائف العقلية. وقد اعتمد في بيان هذا المحك على مدى الإدراك السليم للطفل.

وهكذا أشار الباحث إلى عديد من المفاهيم التي تحدد التخلف العقلي كمفهوم هيبر Heber ، والجمعية الأمريكية للتخلف العقلي (١٩٥٩)، وجروسمان Groosman ... وقد انتهت الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي إلى مزيد من التحديد لهذا المفهوم " انحراف دال عن المتوسط العام للوظائف العقلية والفكرية" ويظهر هذا الانحراف في مرحلة النمو ويبدو فيما يلي من المظاهر؛ النضج، والتعليم، والتوافق الاجتماعي، مع تصور في المهارات المتطلبة في الحياة اليومية، والاجتماعية، والاتصال، والكفاءة الذاتية.

وقد تناول الباحث مفهوم اضطراب الانتباه بالدرجة نفسها التي تناول بها مفهوم التخلف العقلي من حيث تحديده لهذا المصطلح من (ص ٥٢٠ : ص ٥٢١) وقد بين أهمية تحديد أعراض هذه الحالة في كل من البيت والمدرسة والعمل، والمواقف الاجتماعية، وفترة ظهورها، وقد حدد عدداً من المظاهر والمحكات التي تشير إلى مضطربي الانتباه، والتي يمكن الاعتماد عليها في عملية التشخيص الفارق بين حالة وأخرى. كما عرض لعدد من أعراض ومظاهر ومحكات الاضطراب التوحدي من ص (٥٢٢ : ٥٢٦) التي من شأنها أن تساعد – أيضاً – في بيان الفرق بين هذه الحالة وحالات الاضطراب الأخرى.

الاسم: عمر بن الخطاب خليل

العنوان: خصائص أداء الأطفال المصابين بالتوحدية (الأوتيسية) على استخبار إيزنك لشخصية الأطفال.

الكلية: مركز معوقات الطفولة **جامعة:** الأزهر

مجلة معوقات الطفولة: المجلد الثالث، العدد الأول، شوال ١٤١٤هـ/ ابريل ١٩٩٤م، ص ص ٦٣ : ٧١

تضمن البحث عرضاً وبياناً لما يلي:

- **هدف الدراسة:** هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على خصائص الأطفال المصابين بالتوحدية على استخبار إيزنك لشخصية هؤلاء الأطفال، وكذلك التعرف على أعراض الاضطراب التوحدي.

- **عينة الدراسة:** تكونت عينة الدراسة من مجموعتين هما:

١- مجموعة الأطفال المصابين بالتوحدية؛ وقد بلغ عددهم (٢٥) خمسة وعشرون طفلاً وطفلة، منهم أربعة وعشرين طفلاً وطفلة واحدة، وقد بلغ متوسط أعمارهم (٦,٢١٦) وقد تم تحديدهم بناء على تشخيص أطباء الأمراض العصبية، وتطابق الأعراض عليهم عن طريق كل من الأب، والأم، والباحث.

٢- مجموعة الأطفال الأسوياء؛ وقد بلغ عددهم (٢٥) خمسة وعشرين طفلاً وطفلة، منهم أربعة وعشرين طفلاً وطفلة واحدة، وقد بلغ متوسط أعمارهم (٦,٦٩٢) سنة. وقد تماثلت مجموعة أطفال الأسوياء مع مجموعة الأطفال المصابين بالتوحدية في الخصائص.

- **أدوات الدراسة:** وقد اعتمد الباحث في هذه الدراسة على قائمة الأعراض التوحدية، وعلى تقييم أطباء الأمراض العصبية لتحديد عينة المصابين بالتوحدية. وكذلك استخبار "أيزنك لشخصية الأطفال" والذي يقيس بعدى "الانطوائية والانبساطية". وقد طبق المقياس على مجموعتي الدراسة وكل من الأب ، والأم والباحث.

- **فروض الدراسة:** وقد افترض الباحث الفرضين التاليين:

١- إن الأطفال المصابين بالتوحدية أكثر انطوائية من الأطفال الأسوياء.

٢- إن الأطفال المصابين بالتوحدية عصابيون.

- **نتائج الدراسة:** وقد أسفرت نتائج الدراسة عن أن الأطفال المصابين بالتوحدية عصابيين عند مقارنتهم بالأطفال الأسوياء، وبلغ مستوى دلالة الفروق عند (٠,٠٥). بينما أظهرت النتائج أن الأطفال الأسوياء أكثر انبساطية من أقرانهم من الأطفال المصابين بالتوحدية. حيث بلغت مستوى الدلالة عند (٠,٠٠١)..

وقد انتهت الدراسة بمناقشة النتائج والتعليق عليها، وتصنيف فئة ذوى الاضطراب التوحدي إلى أربع مجموعات على أساس الأعراض التي طرأت على كل طفل من أطفال عينة الدراسة

(م.أ) أهم أعراضها قصور واضح في التفاعل الاجتماعي.

(م.ب) أهم أعراضها قصور شديد في الاتصال التخيلي؛ كعدم القدرة على مواصلة الاستمرار في الحديث. وعدم القدرة على الاتصال، قصور شديد في الحصيلة اللغوية، واستخدام خاطئ لما لديهم من حصيلة، مع ترديد الكلام.

(م.جـ) من أبرز أعراضها أنهم كانوا قليلي النشاط والاهتمامات التي تبدو في حركات جسمية نمطية، والتشبث بممارسة الروتين اليومي، مع عدم الاهتمام بكثير مما حولهم.

(م.د) ظهرت أعراض الاضطراب التوحدي لديهم خلال مرحلة الطفولة المبكرة، وخاصة في الشهر السادس والثلاثين.

الاسم: عادل عبد الله محمد

العنوان: بعض الخصائص النفسية الاجتماعية للأطفال التوحديين، وأقرانهم المعاقين عقلياً. دراسة تشخيصية مقارنة.

الكلية: تربية الزقازيق **جامعة:** الزقازيق

المجلة المصرية للدراسات النفسية: المجلد (١١)، العدد (٣٢)، يوليو ٢٠٠١، ص ص ٤٣ : ٦٧.

تضمن البحث عرضاً وبياناً لما يلي:

- **هدف الدراسة:** حدد الباحث هدف الدراسة في التعرف على بعض الخصائص النفسية الاجتماعية التي يتسم بها الأطفال التوحديين مقارنة بالمعاقين عقلياً، والكشف عن أدائهما الفارق على المقاييس موضع الاهتمام في الدراسة، بما يساعد على إعطاء مؤشرات تشخيصية تفيد في إعداد البرامج العلاجية.

- **عينة الدراسة:** تكونت عينة الدراسة من مجموعتين من الأطفال بيانها فيما يلي: المجموعة الأولى تتكون من (١٥) خمسة عشر طفلاً توحدياً، والمجموعة الثانية تتكون من (١٥) خمسة عشر طفلاً من المعاقين عقلياً من الدرجة البسيطة. وقد تراوحت أعمارهم الزمنية ما بين (٦ : ١٤) سنة بمتوسط قدره (١٢,٩٩) وانحراف معيارى (٣,٤٢) بالنسبة للمجموعة الأولى. وقد بلغ متوسط أعمار المجموعة الثانية (١٣,٢٨) وانحراف معيارى (٤,١٥). وقد تراوحت درجات ذكائهم ما بين (٥٥ : ٦٨) بمتوسط قدره (٦٤,١٦)، وانحراف معيارى قدره (١٠,١٥) بالنسبة للمجموعة الأولى، وقد بلغ متوسط ذكاء المجموعة الثانية (٦٢,٨٧)، وانحراف معيارى (٨,٧١). وقد تساوت المجموعتان من حيث المستوى الاقتصادي الاجتماعي الثقافي؛ حيث تم اختيارهم من المستوى المتوسط.

- **أدوات الدراسة:** وقد اعتمد الباحث على الأدوات الآتية: مقياس جودار للذكاء، ومقياس الطفل التوحدي، ومقياس المستوى الاقتصادي الاجتماعي الثقافي المطور للأسرة، ومقياس تقدير المهارات الاجتماعية للأطفال المتخلفين عقلياً داخل حجرة الدراسة، ومقياس السلوك العدواني للأطفال المعاقين عقلياً من الدرجة المتوسطة، ومقياس النشاط الزائد عند الأطفال.

- **فروض الدراسة:** وقد افترض الباحث لدراسته الفروض الآتية:

١- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات الأطفال التوحديين، وأقرانهم المعاقين عقلياً في المهارات الاجتماعية وأبعادها، وذلك لصالح الأطفال المعاقين عقلياً.

٢- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات الأطفال التوحديين، وأقرانهم المعاقين عقلياً في السلوك العدواني وأبعاده، وذلك لصالح الأطفال المعاقين عقلياً.

٣- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات الأطفال التوحديين، وأقرانهم المعاقين عقلياً في النشاط الزائد وأبعاده، وذلك لصالح الأطفال المعاقين عقلياً.

٤- توجد علاقة إرتباطية سالبة وذات دلالة إحصائية بين المهارات الاجتماعية، وكل من السلوك العدواني والنشاط الزائد، وذلك بالنسبة للمجموعتين، في حين توجد علاقة ارتباطية موجبة ودالة إحصائياً بين السلوك العدواني والنشاط الزائد بالنسبة للمجموعتين.

- **نتائج الدراسة:** أسفرت نتائج الدراسة عما يلي: وجود فروق بين المجموعتين في المهارات الاجتماعية والدرجة الكلية لها، وذلك لصالح الأطفال المعاقين عقلياً، وكذلك الأمر بالنسبة للسلوك العدواني، وأبعاده لصالح المعاقين عقلياً. كما تبين وجود فروق بين المجموعتين في بعدين من أبعاد النشاط الزائد – تشتت الانتباه والاندفاعية – والدرجة الكلية للنشاط الزائد لصالح الأطفال التوحديين، بينما لم تظهر فروق بين المجموعتين في كثرة الحركة.

كما تبين صحة الفرض الرابع، حيث أتضح وجود علاقة ارتباطية سالبة بين المهارات الاجتماعية، وكل من السلوك العدواني، والنشاط الزائد بالنسبة للمجموعتين، ووجود علاقة ارتباطية موجبة بين السلوك العدواني والنشاط الزائد بالنسبة للمجموعتين نفسهما. وقد أنهي الباحث دراسته بمناقشة النتائج على ضوء ما أسفرت عنه نتائج الدراسات السابقة.

- **توصيات الدراسة:** وقد اجتهد الباحث في تحديد عدد من التوصيات هي: ضرورة تأهيل الأطفال التوحديين، وذلك بتقديم البرامج التدريبية والإرشادية لكل من الوالدين بما يساعدهم على

حسن التعامل معهم، وتدريب الأطفال التوحديين على المهارات الاجتماعية بما يساعدهم على الاعتماد على النفس وممارسة السلوك الاستقلالي، وبما يؤدى إلى الإقلال من مشكلاتهم النفسية والاجتماعية - قدر الإمكان - مع تهيئة فرص التفاعل الاجتماعي لهؤلاء الأطفال؛ بما يساعدهم على ممارسة حياتهم اليومية، وبما يزيد من فرص اندماجهم في الحياة الاجتماعية الطبيعية، وغيرها من التوصيات التي أوصت بها البحوث الأخرى من إعداد الاختصاصيين، والمعلمين لحسن التعامل معهم بالإضافة إلى ضرورة الاهتمام ببيئة التوحديين بشكل عام.

ويتضح من العرض - الموجز - السابق لبعض بحوث الماجستير والدكتوراه، وما بعدهما من بحوث أن هذه البحوث قد ألقت الضوء على هذه الفئة من الأطفال عن طريق بيان مظاهرهم السلوكية، وأعراض حالتهم، وخصائصهم التي تشير إليهم، وسماتهم التي يتسمون بها- مع الإشارة إلى الفرق بينهم وبين غيرهم من حالات الاضطراب النفسي وفئة المتخلفين عقلياً. مما يساعد على سهولة التعرف عليهم، ودقة ومدى تشخيص حالتهم؛ تمهيداً للعناية بهم، وحسن رعايتهم، وكيفية التعامل معهم بطرق وأساليب علمية صحيحة. الأمر الذي يساعدهم على إمكانية ممارسة حياتهم بشكل وطرق أفضل، وأسهل، وبما يتيح لهم إمكانية نمو أفضل لما لديهم من قدرات وإمكانيات، بما يؤهلهم لممارسة حياتهم الاجتماعية بسهولة ويسر عن طريق تنمية ما لديهم من المهارات الاجتماعية، وتعديل أنماط سلوكهم المتكررة والروتينية والرتيبة، وإكسابهم ما يمكن من العادات المقبولة اجتماعياً، وتعديل ما لديهم من أنماط سلوكية يرفضها الواقع الاجتماعي الذي يعيشون فيه.

هذا؛ وقد استطاعت هذه البحوث أن تقدم عدداً لا بأس به من أدوات القياس، ومحكات التشخيص لهذه النوعية من الأطفال سواء عن طريق تعريب هذه الأدوات لتتوافق مع البيئة العربية، أو عن طريق الإعداد وفق المنهج العلمي الدقيق، والتي يمكن الثقة بها عند استخدامها وذلك لإخضاعها لعملية التقنين بإجراء دراسات الصدق والثبات لها على عينات من هؤلاء الأطفال في البيئة العربية.

كما أنها قدمت عدداً لا باس به من البرامج الإرشادية، والتدريبية، والتأهيلية، والعلاجية اعتماداً على ما قدم من هذه البرامج

في البيئات الأجنبية، وفق ما لديها من خبرات ميدانية، وعلمية في مجال دراسة وعلاج الأطفال التوحديين. الأمر الذي مكن بعض الباحثين العرب من خوض تجربة إعداد وبناء مثل هذه البرامج بدرجة عالية من الدقة والجودة، يمكن الاعتماد عليها في تنمية، وتعديل، وتبديل، وتغيير كثير من الأنماط السلوكية لدى هؤلاء الأطفال بما يتفق وواقع المجتمعات العربية. وتأهيلهم لممارسة حياتهم بشكل أفضل مما كانوا عليه قبل تطبيق وتنفيذ مثل هذه البرامج عليهم. وبما يهيئ لأسرهم حياة أفضل مما كانت عليه قبل علاجهم.

وقد أتاحت هذه البحوث لأصحابها، وكل من أسهم في إجرائها وكل من أتقن الإطلاع عليها ودراستها فرصة اكتساب خبرة نادرة في مجال دراسة وعلاج الأطفال التوحديين تلك التي لم تكن موجودة لديهم من قبل. حيث إن الاهتمام بهذه الحالة في مجتمعاتنا العربية بدأ متأخراً، ومازالت البحوث والدراسات في مجال الاضطراب التوحدي يحتاج لمزيد من الإطلاع، والعمل، والجهد حتى يمكن التعرف على الأسباب الفعلية والتي مازالت كامنة لمعرفة هذه الحالة بدرجة عالية من الثقة والاطمئنان؛ بما يسهم بدرجة أكبر في تجنب حدوثها وانتشارها بين أطفال الوطن العربي.

وقد أفادت هذه البحوث وأمثالها كثير من الدارسين والباحثين وأولياء الأمور الذين امتحنوا في حياتهم بهذه النوعية من الأطفال من حيث كيفية التعامل معهم، وإرشادهم، وتوجيههم والاشتراك في علاجهم بناء على ما توصلت إليه من نتائج علمية دقيقة؛ حللت، وناقشت بفكر واع فاهم لحالة الطفل التوحدي، وانتهت بعديد من التوصيات البحثية، والتربوية والتعليمية والعلاجية التي يمكن أن تسهل عملية التعامل والتفاعل بشكل إيجابي مع هذه الحالة، وبما يؤدى إلى تحسنها قدر الإمكان، ومساعدتها على الاندماج في المجتمعات الطبيعية.

كما تبين مما ورد في نهاية هذه البحوث أن غالبية التوصيات المشار إليها في الفقرة السابقة عبارة عن تعبيرات لغوية إنشائية، ولم تدخل في إطار التوصيات الإجرائية؛ القابلة للتنفيذ الفعلي، وفق خطوات إجرائية محددة، وذات ترتيب معين لنصل عن طريقها إلى نتائج فعلية لتحقيق التوصية.

هذا؛ ولا يفوتني أن أنبه إلى أن غالبية هذه البحوث والدراسات كانت على مستوى لا بأس به من الاهتمام، والدقة، وشمولية المعرفة، والتصميمات التجريبية، واختيار العينة، وانتقاء الأدوات وإعدادها، والتأكد من مدى صدقها وثباتها، باستثناء النادر منها الذي كان ينبغي على الباحث تناول دراسته بدرجة عالية من العمق المعرفي، وتصنيف المعلومات تصنيفاً يفيد في الحصول على معلومات وبيانات أكثر دقة وأكثر شمولية. الأمر الذي جعلني أوصى كل من يعمل في هذا المجال "الاضطراب التوحدي" بتحري الدقة، والصدق، والأمانة فيما يقدم عليه من بحوث تستطيع أن تسهم بنتائجها العلمية الدقيقة وفق المنهج العلمي في مساعدة هذه النوعية من الأطفال بما يمكنهم من حياة إنسانية أفضل، وبما يتيح لأفراد أسرهم قدراً من الراحة والهدوء والاستقرار، وللمجتمع بشكل عام حياة أكثر سواء تدفعه للإسهام في النمو والتقدم والتطور.

والله ولي التوفيق،،،

أ. د نبيه إبراهيم إسماعيل

المـــــراجع

المـــراجــــع

- **أبو الفضل جمال الدين بن منظور.** لسان العرب، المجلد الثالث، ط.(٢) بيروت: دار صادر، (١٩٩٤).
- **إسماعيل محمد بدر.** مدى فاعلية العلاج بالحياة اليومية في تحسن حالات الأطفال ذوى التوحد. المؤتمر الدولي الرابع مركز الإرشاد النفسي والمجال التربوي (من ٢ : ٤) ديسمبر، المجلد الثاني. كلية التربية جامعة عين شمس، ص ص (٧٢٧ : ٧٥٦)، (١٩٩٧).
- **جابر عبد الحميد جابر، وعلاء الدين كفافي.** معجم علم النفس والطب النفسي. جـ (٣) . القاهرة: النهضة العربية، (١٩٩١)
- **جابر عبد الحميد جابر، وعلاء الدين كفافي.** معجم علم النفس والطب النفسي. جـ (٨) . القاهرة: النهضة العربية، (١٩٨٨)
- **حامد عبد السلام زهران.** علم النفس النمو والمراهقة، ط.(٦) القاهرة: عالم الكتب، (٢٠٠٥).
- **حسن مصطفي عبد المعطى.** الاضطرابات النفسية والمراهقة. موسوعة علم النفس العيادى (٤)، القاهرة: دار القاهرة، (٢٠٠١).
- **حسنى إحسان الحلوانى.** المؤشرات التشخيصية الفارقة للأطفال ذوى الأوتيزم (التوحد) من خلال آدائهم على بعض المقاييس النفسية. رسالة ماجستير. كلية التربية جامعة أم القرى، (١٩٩٦).
- **رابية إبراهيم حكيم.** دليلك للتعامل مع التوحد http:llwww.culdguidanceclinic.com/autism.htm (٢٠٠٣)
- **رمضان القذافي.** سيكولوجية الإعاقة، القاهرة: الدار العربية للكتاب، (١٩٨٨)
- **زيدان أحمد السرطاوى وكمال سالم سيسالم.** المعاقون أكاديمياً وسلوكياً؛ خصائصهم وأساليب تربيتهم. جـ.(٢) الرياض: مكتبة الصفحات الذهبية، (١٩٨٧) .
- **شاكر عطية قنديل.** إعاقة التوحد طبيعتها وخصائصها. المؤتمر السنوى لكلية التربية، جامعة المنصورة (٤ : ٥ إبريل) ، (٢٠٠٠) .

- **عادل عبد الله محمد.** جداول النشاط المصور للأطفال التوحديين: القاهرة: دار الرشاد، (٢٠٠٢)
- **عبد الرحمن سيد سليمان.** سيكولوجية ذوى الحاجات الخاصة. جـ(١) القاهرة: مكتبة زهراء الشرق، (١٩٩٦)
- **عبد الرحمن سيد سليمان.** الذاتوية "إعاقة التوحد لدى الأطفال. القاهرة: زهراء الشرق، (٢٠٠٠).
- **عبد الرحمن سيد سليمان.** سيكولوجية ذوى الحاجات الخاصة، أساليب التعرف والتشخيص، جـ (٢) القاهرة: زهراء الشرق، (٢٠٠١)
- **عبد الرحمن محمد العيسوى.** فن الإرشاد والعلاج النفسي. بيروت: دار الراتب الجامعية (١٩٩٩).
- **عبد الرحيم بخيت عبد الرحيم.** الطفل التوحدي القياس والتشخيص الفارق. المؤتمر الدولي السادس مركز الإرشاد النفسي جامعة عين شمس. نوفمبر ص ص (٢٢٧: ٢٤٥)، (١٩٩٩)
- **عبد السلام عبد الغفار ويوسف الشيخ.** سيكولوجية الطفل غير العادى والتربية الخاصة. القاهرة: النهضة العربية، (١٩٨٥.)
- **عبد العزيز السيد الشخص وعبد الغفار عبد الحكيم الدماطى.** قاموس التربية الخاصة وتأهيل غير العاديين. القاهرة: الأنجلو المصرية،(١٩٩٢).
- **عثمان لبيب فراج .** إعاقة التوحد أو الاجترار، خواصها وتشخيصها. جـ (١) منشورات إتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين،يونيو العدد (٤٢) ،ص ص (٢ : ٨) ، ديسمبر، (١٩٩٤).
- **عثمان لبيب فراج .** التوحد، خواصها وتشخيصها. جـ (٣) منشورات إتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين، العدد (٤٢) ص ص (٢ : ٧) ، يونيو، (١٩٩٥).
- **عثمان لبيب فراج .** إعاقة التوحد، دراسة حالة فتاة تكشف أسرار إعاقة التوحد. جـ (٥) منشورات اتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة. العدد (٤٤) ص ص (٢ : ١٠، سبتمبر (١٩٩٥).
- **عثمان لبيب فراج .** إعاقة التوحد مشكلة التشخيص والكشف

المبكر. منشورات إتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين. العدد (٤٥) مارس، (١٩٩٦).
- **عطوف محمد ياسين** . علم النفس العادى "الإكلينيكي"، بيروت: دار العلم للملايين، (١٩٨١).
- **فاروق محمد صادق** . أسس برامج التدخل المبكر لذوى الحاجات الخاصة. مجلة مركز معوقات الطفولة، ص ص (٩ : ٤٩)، مارس (١٩٩٣).
- **فتحي السيد عبد الرحيم** . سيكولوجية الأطفال غير العاديين واستراتيجيات التربية الخاصة، جـ(٢)، ط.(٤) الكويت: دار العلم، (١٩٩٠).
- **فرج عبد القادر طه**. موسوعة علم النفس والتحليل. الكويت: دار سعاد الصباح للنشر، (١٩٩٣).
- **كمال إبراهيم مرسى** . في علم التخلف العقلي. ط.(٢) القاهرة: دار النشر للجامعات، (١٩٩٩).
- **لطفي الشربيني** . أساليب جديدة لعلاج حالات الإعاقة. مجلة النفس المطمئنة. السنة (٥)، العدد (٦٢)، الجمعية العالمية الإسلامية للصحة النفسية، (٢٠٠٠).
- **لويس كامل مليكة** . الإعاقات العقلية والاضطرابات الارتقائية. القاهرة: دار فيكتور كيرلس للطباعة، (١٩٩٨).
- **ماجد السيد عماره** . دراسة تشخيصية لبعض المتغيرات المعرفية وغير المعرفية لدى الطفل المنغلق نفسياً. رسالة ماجستير. معهد الدراسات والبحوث التربوية. جامعة القاهرة، (١٩٩٩).
- **مجمع اللغة العربية** . الوجيز. ط.(١) القاهرة: دار التحرير للطبع والنشر. (١٩٨٠).
- **محمد أحمد خطاب** . سيكولوجية الطفل التوحدي. الأردن: دار الثقافة ، (٢٠٠٥).
- **محمد بن أبى بكر الرازى** . مختار الصحاح. ط. (٨) القاهرة: المطبعة الأميرية ، (١٩٥٤)
- **محمد علي كامل** . من هم ذوى الأوتيزم؟ وكيف نعدهم للنضج. القاهرة: النهضة المصرية، (١٩٩٨).
- **محمد قاسم عبد الله** . سيكولوجية الذاكرة. الكويت: عالم المعرفة، (١٩٩٣).

- **محمود عبد الرحمن حمودة** . المشكلات النفسية والعلاج (الطفولة والمراهقة) القاهرة: المؤلف، (١٩٩١).
- **مضاوى موسى العتيبي** . مراحل البلوغ لدى الطفل التوحدي: كيف نفهمها؟ (٢٠٠٣).
- http://www.sfh.med.sa/magazine/magazine90/03.htm
- **مضادي موسى الغيبي** . وثبة الجزيرة الثالثة- العدد (١١٢٠٧) يونيو (٢٠٠٣).
- http://www.suhf.net.sa/2003daz/jun/5/ar4.htm
- **منى الحديدى وجمال خطاب**. التدخل المبكر مقدمة في التربية الخاصة في الطفولة المبكرة. ط.(٢) الأردن: دار الفكر للطباعة والنشر، (١٩٩٨).
- **نادية أديب**. الأطفال المتوحدون. القاهرة: منشورات مركز سيتى، (١٩٩٣).
- **نادية إبراهيم أبو السعود**. الطفل التوحدي في الأسرة. الإسكندرية: المكتب العلمي للنشر والتوزيع، (٢٠٠٠).
- **نادية إبراهيم أبو السعود**. فعالية استخدام برنامج علاجي معرفي سلوكي في تنمية الانفعالات والعواطف لدى الأطفال المصابين بالتوحد وآبائهم. رسالة دكتوراه معهد الدراسات العليا للطفولة. جامعة عين شمس، (٢٠٠٢).
- **نايف بن عابد الزارع**. قائمة تقدير السلوك التوحدي. ط.(١) الأردن: دار الفكر، (٢٠٠٤).
- **نفين مصطفي زيور** . الأمراض النفسية لدى الطفل والمراهق. القاهرة: المؤلف، (١٩٨٨)
- **هدى أيمن عبد العزيز**. الدلالات التشخيصية للأطفال المصابين بالأوتيزم. رسالة ماجستير. كلية الآداب، جامعة عين شمس، (١٩٩٩).
- **وفاء على الشامى** . خفايا التوحد، أشكاله، أسبابه، وتشخيصه، ط. (١) الرياض: الجمعية الفيصلية الخيرية النسوية، (٢٠٠٤).
- **وفاء على الشامى** . علاج التوحد، الطرق التربوية والنفسية والطبية، ط. (١) الرياض: الجمعية الفيصلية الخيرية النسوية، (٢٠٠٤).

- ياسر محمد الفهد . منشورات منتدى الخليج لذوى الاحتياجات الخاصة "التوحد"، (٢٠٠٢).
- ياسر محمد الفهد . التوحد.
- http://www.gulfllids.com/ar/index.php? Action=showres&rid = 4topic-id=2

المراجع الأجنبية

- Aarons, M. & Gittens, T. The hand book of Autism. A guide for parents and professionals. N. Y.: Tavistock/ Routledge, (1992).
- American Psychiatric Association; Diafnosic and statistical Manual of Disorders, 4th ed. DSM-IV, Washington, DC. Author, (1994).
- Balottin, V., Bejor, M., Cechinic, A. & Polazzi, G. Infantile autism an et brain-scan findings: specific versus nonspecific abnormalities. J. of Autism developments disorder, (1989), PP. 19 : 190
- Barthelemy, C. et. al. Senetivity and specificity of behavioral summarized evaluation (BSE) for the assessment of autistic behaviors. J of Autism and developmental disorder V. 22 11, (1992).
- Beins, B. & Feldman, A. The gale encyclopedia of Psychology. N. Y. : Library of congress. (1996).
- Charman, T. Lyngguard, H. Does a photographic cuefacilitate false belief performance in subjects with autism? J. of Autism and developmental Disorders, V. 28, 43, (1998).
- Creak, M. Schizophrenia syndrome in childhood: progress report of working party. Cerbal Pair Bulletin, 3,(1961). PP 217 : 250.
- David, H. Barlow, V. & Mark, D. Abnormal Psychology, U.S.A. wadsworth of Thom soularming, (2005).
- Dorman, B. & Lefever, J. what is autism? Autism society of American Bethesda, M. D. (1990).
- Ehler, R. & Ajohonson, M. Language and pragmatic functions in

school age children on the Autism spectrum (1996).

- Erickson, M. Behavior disorders of children and adolescents assessment. Eriology and intervention N. J. : prentice hall Inc. (1998).

- Francios, M. & Catherine, Th, Mebile Rolotic Toys and Autism. Chp. (1) http: // www. Gel. Usherb. Ca/laborisu /papers/msso, pdf. (2001).

- Fredick, P. Physical and the child Autism Melanie Marie katcher. Pt & 8700 November 14, (2001), P.P. 1 : 12.

- Frombonne, E. Epidemiological surveys of autism. Inf. Volk mar (Ed.) Autism and pervastive developmental disorders. (1998), (PP. 32 : 62) U.K.: Cambridge Unv. Press.

- Ghaziuddin, M. Weidmer, M. & Ghazinddin, N. Comorbidity of Aspergers Syndrons preliminary report. J of intellectual disability Research (1998) P.P. 42, 279 : 283.

- GillBerge, C. Infantile autism and other childhood psychosis in a Swedish urban reg Epidemiological aspects. J. of child Psychology and Psychiatry. (1984), P.P. 25, 35 : 43.

- Haring, T. & Breen, C. Apeer-mediated social network intervention to enhance the social. Integration of persons with moderate and severe disabilities. J. of applied behavior analysis. V. 25, n2, (1992).

- Harris, S. & Handelman, J. (Eds.) preschool programs for children with Autism. Austin, TX: Pro-ED, (1993).

- Herbert, M. Clinical child psychology. 2nd Ed. N. Y.: John Wiley & Sons. (1998).

- Hom Mental Disorder info. NIH Publication. No. 97-4023. (1997).

- Hunt, A. & Shepherd, C. A prevalence study of autism in tuberous sclerosis. J. of Autism developmental disorders. (1993), 23, P.P. 329 : 339.

- Jordan, R. Understand and teaching children with Autism. British Library, England. (1995).

- Jordan, R. Autistic spectrum disorders. London: David Fulton publishers. (2001).
- Kanner, L. Parents feelings about retorted children manner. J. ment Def, (57) (1953), P.P 275 : 383.
- Lida, H. Dysfunction ment cognitive et manifestations Psychiatriques Dans Syndrome de I, (x) fragile, J. of psychiatric Enfantial Autism Vol. (3), (1993), P.P. 5: 26.
- Lord, C. & Schopler, E. Intellectual and developmental assessment of children from preschool to Diagnosis and assessment in autism. N. Y. : Plenum Press. (1989)
- Lovaas, O. Teaching developmentally Disabled Children: The ME Book. Austin, TX: Pro-ED, (1981).
- Marica, D. Autism and life in community: successful interventions for behavioral challenges. London: Pawnl. H. Co. (1990).
- Marjoie, B. Acquisition Maintenance and Generalization of Categorization Strategy by Children with Autism, J. of A.D.D, Vol. (24) (1) (1994), P.P. 39 : 51.
- Mcliughin, J. & Lewis, R. Assessing special students (4th . ed.) N.Y.: Merrill publishing. (1994).
- Melanie, K. Physical Therapy the Child with Autism. Fredrick pociasck, Ms. Osc, FAAoMPT. PT 8700 November 14, (2001).
- Mittler, P. Aspects of Autism. British Psychological society, (1968).
- Narayn, S. Moyes, B. & Wolff, S. Family characteristics of autistic children: A further rep. J. of Autism and developmental disorder (1990) p.p. 23, 429 : 441.
- National Institute of Mental Health, Autism (NIMH) Publication No. 97-4023 Printed (1997).
- National society for Autistic children. Definition of the spndron of Autism. J.of Autism and Schizophrenia.Vol.(8)(1978)p.p. 162 : 167.
- Parmelee, O. Child and adolescent Psychiatry Boston: Nloshy year Book. Inc. (1996).

- Powers, M. Children with Autism: A parents MD: Woodbine House, (1989).
- Rosenhall, U. Nordin, V. Sandstorm, M. Ahlsen, G. & Gillberg, C. Autism and hearing. J. of Autism and Related. Developmental disorders. (1999) P.P. 29, 349 : 357.
- Rutter, M. Diagnostic Validity in child psychiatry (1978) P.P. 2, 2 : 22.
- Stephen, E. Socia Behavior in Autism
  http://www.autism.org/social.htm/
- Telford, C. & Sawrey, J. The exceptional individual psychological and Educational. N. Y.: prentice mall Inc. Englewood Cliffs, (1967).
- Wiener, J. & Breslin, N. the behavior sciences in psychiatry, 3rd Ed. Philadeslphia : Williams & Wiljins. (1995).
- Willson, G. Nathan, P. Oleary, K. & Clark, L. Abnormal psychology interating. Boston: Allen; Bacon, A; & Schuster Company. (1996).
- Wolf, S. & Ckick. J. Schizoid personality in childhood: a controlled follow-up study. Psychology medicine, (1980).

مواقع على شبكة المعلومات

- http://www.autism-pdd.net.
- http://www.elazayem.com/autism.htm.
- http://www.your-doctor.net/autism/knowledge.htm
- http://www.your-dovtor.net/autism/knowledge.htm
- http://www.suhuf.net.sa/2003jaz/jun15/4.him
- http://www.gel.usherb.ca/laborius/papers/MSASSo200/.odf.
- http://www.nichd.nih.gov/publications/pubs/autism/factsheets/sub8.htm
- http://www.gulfkids.som/ar/index.php?actiom=showres&r-id=4&topic-id=2

- http://www.annaharonline.com/htd/SALEMTAK.HTM
- http://www.gulfnet.ws/tawahud/methods.htm
- http://www.ama.org.brkannereng-complete.txt
- http://www.childguidanceclinic.com/autsim.htm
- http://www.gulfnet.ws/tawahud/tawahnd6.htm
- http://www.gulfnet.ws/tawahud/grandin.htm
- http://www.gulfnet.ws/tawahud/toilet.htm
- http://www.nafsany.cc/vb/arachive/index.php/t-26656.htm
- http://www.gulfkids.com/ar/index.php?action=show-art&artCat=9&id=570.
- http://www.gilfkids.com/ar/index.php?action=show_art&ArtCat=9&id=460
- http://www.alltalaba.com/board/index.php?s=7489de263df94cc630d0a9c00fa38f15&showtopic=51186&mode=threaded.
- http://www.freearabi.com/Asperger.htm

مراجع ضرورية للإطلاع عليها

- Lovaas, O. Teaching developmentally disabled children: The ME Book. Austim, TX: PRO-ED, 1981.
- Powers, M. Children with Autism: A parents guiode. Rockville, MD: Woodbine house, 1989.
- Advocacy Manual: A parents How-to guide for special Education Services. Pittsburgh: Learning Disabilities Association of American, 1992.
- Directory for Exceptional children: A Listing of Educational and traning facilities. Boston: porter sargent Publications, 1994.
- Aarons, M. & Gittens, T. The handbook of Autism. A guide for parents and professionals. N. Y.: Tavistock/ Routledge, 1992.

- American Psychiatric association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition. Washington, D.C.: American Psychiatric Asssociation, 1994.
- Groden, G. & Baron, M. eds. Autism: strategies for change, N. Y.: Gardner Press, 1988.
- Simmons, J. Zionts, P. Autism: Information and Resources for parents, Families, and professionals. Austin, TX: PRO-ED, 1992.

فهـــرس الكتـــاب


بحمد الله تم


البعد النفسى
للتفاوض
دكتور
إبراهيم إسماعيل
الصحة النفسية
المنوفية
النمو
النفسى للإنسان
مع
(رؤية إسلامية)
دكتور
نبيه إبراهيم إسماعيل
أستاذ الصحة النفسية
كلية التربية - جامعة المنوفية
مركز الإسكندرية للكتاب
النمو النفسى للإنسان
د/ نبيه إبراهيم إسماعيل
مركز الإسكندرية للكتاب